



HAL
open science

Préparation anténatale du périnée : état des lieux, propositions des SF ou attentes des femmes

Ana Belén Guerrero Fontiveros

► **To cite this version:**

Ana Belén Guerrero Fontiveros. Préparation anténatale du périnée : état des lieux, propositions des SF ou attentes des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02379436

HAL Id: dumas-02379436

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379436>

Submitted on 25 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Préparation anténatale du périnée : état des lieux,
propositions des SF ou attentes des femmes

MEMOIRE

Présenté et publiquement soutenu devant
L'ECOLE DE MAIEUTIQUE DE MARSEILLE

Le 26 avril 2019

Par Mme GUERRERO FONTIVEROS Ana Belén
Née le 16 décembre 1989 à Málaga (Espagne)

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury du mémoire :

FABRE-CLERGUE Chantal

NINA Cécile

BORDONI Céline

Directrice de mémoire

Sage-femme enseignante (co-directrice)

Sage-femme libérale



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Préparation anténatale du périnée : état des lieux, propositions des SF ou attentes des femmes

GUERRERO FONTIVERON Ana Belén

Née le 16 décembre 1989

**Mémoire présenté pour l'obtention du
Diplôme d'état de Sage-Femme**

Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2019 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Préparation anténatale du périnée : état des lieux,
propositions des SF ou attentes des femmes

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma reconnaissance :

Madame NINA Cécile, pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Madame FABRE-CLERGUE Chantal, pour m'avoir accordé des entretiens et avoir répondu à mes questions sur le périnée et les méthodes de préparation, ainsi que son expérience.

Madame ZAKARIAN Carole et madame GONZALEZ Alba, pour leur aide avec les statistiques.

Je souhaite remercier Didier et Claire pour leur précieuse aide à la relecture et à la correction de mon mémoire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mon conjoint, mes amies et ma famille qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

SOMMAIRE

Glossaire.....	1
Introduction	2
Matériel et méthodes	8
Résultats	10
Discussion	18
Conclusion	23
Bibliographie	24
Annexes	27

GLOSSAIRE

- **CIANE** : Collectif Inter-associatif autour de la naissance
- **CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **NHS** : National Health Service

INTRODUCTION

Le périnée féminin

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne. Il a la forme d'un losange, limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes, et en arrière par les ligaments sacro-tubéreux et le sommet du coccyx.

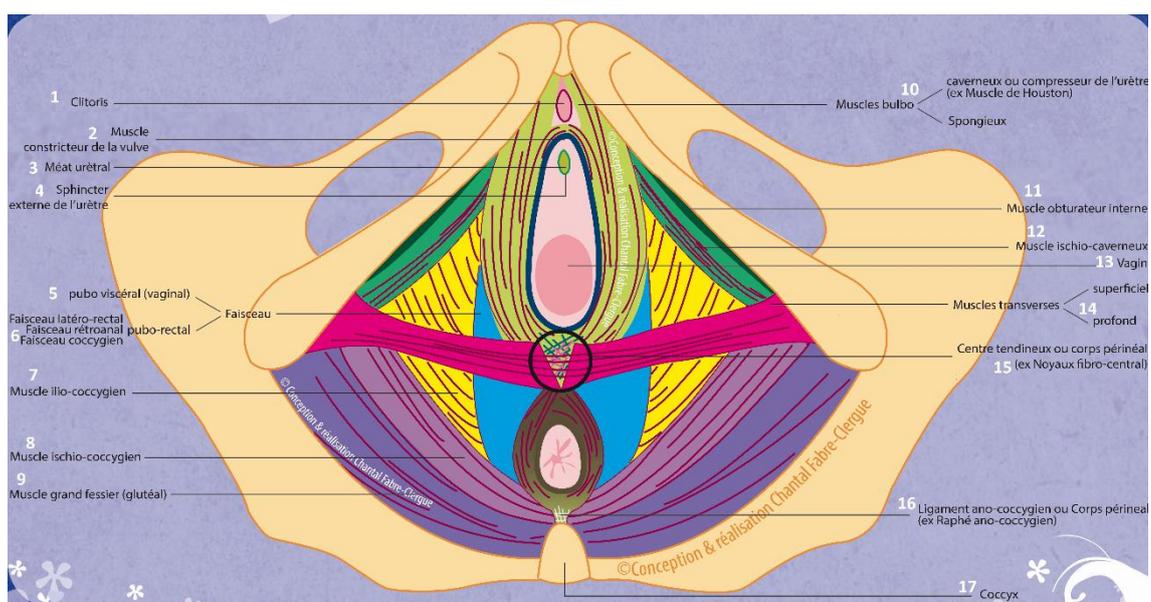


Figure 1: Périnée féminin ©conception & réalisation Chantal Fabre-Clergue [1]

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 1. Clitoris | 6. F. latéro-rectal, F. rétroanal pubo-rectal et F. coccygien | 11. M. obturateur interne |
| 2. M. constricteur de la vulve | 7. M. ilio-coccygien | 12. M. ischio-caverneux |
| 3. Méat urétral | 8. M. ischio-coccygien | 13. Vagin |
| 4. Sphincter externe de l'urètre | 9. M. grand fessier | 14. M. transverses |
| 5. Faisceau pubo viscéral vaginal | 10. M. bulbo-caverneux et M. bulbo-spongieux | 15. Centre tendineux |
| | | 16. Ligament ano-coccygien (ex Raphé ano-coccygien) |
| | | 17. Coccyx |

Il est divisé en périnée antérieur ou région uro-génitale et en périnée postérieur ou région anale par la ligne transversale qui passe par les deux tubérosités ischiatiques.

De plus, il est constitué de 3 plans :

- *Le plan superficiel du périnée* comprend :
 - Cinq muscles antérieurs : les muscles transverses superficiels, les ischio-caverneux, les bulbo-caverneux, les spongieux et le constricteur de la vulve.
 - Un muscle postérieur : le sphincter externe de l'anus.

- *Le plan moyen du périnée* comprend le muscle transverse profond du périnée et le sphincter externe de l'urètre.
- *Le plan profond du périnée* comprend le muscle élévateur de l'anus, composé de trois faisceaux : pubo-viscéral, pubo-rectal et ilio-coccygien.

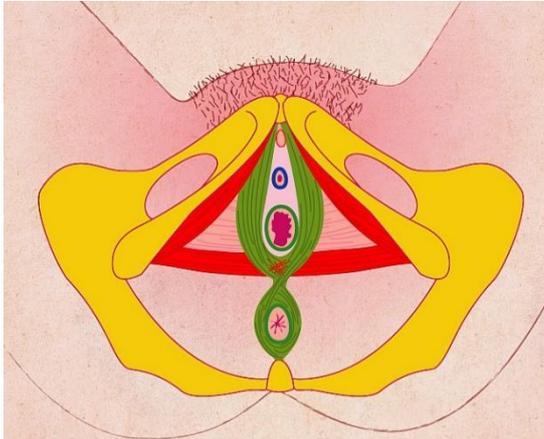


Figure 2: Périnée superficielle ©conception & réalisation Chantal Fabre-Clergue [1]

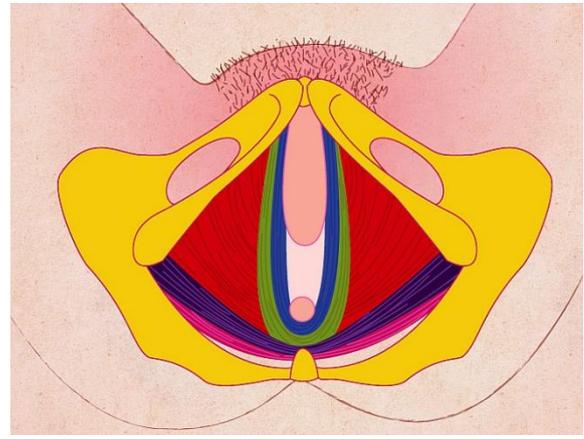
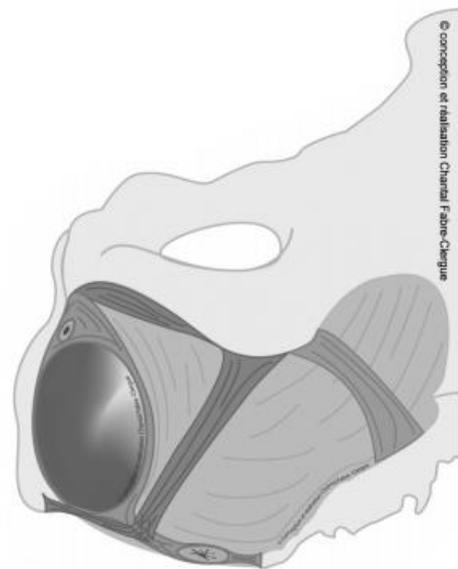


Figure 3: Périnée profonde ©conception & réalisation Chantal Fabre-Clergue [1]

Lors de l'accouchement, il y a une modification du segment ano-coccygien et une ampliation du segment ano-vulvaire. Pour permettre le passage du mobile fœtal, les muscles périnéaux sont étirés à leur maximum. Les principaux muscles sollicités sont : le bulbo spongieux, le superficiel transverse du périnée et les releveurs de l'anus. A noter que le centre tendineux du périnée, partie fragile car moins élastique, peut céder lors de l'accouchement guidant la déchirure vers le sphincter anal [1].



©conception & réalisation Chantal Fabre-Clergue [1]

Une bonne qualité des tissus périnéaux diminue les risques d'incontinence urinaire, d'incontinence anale et des prolapsus vaginaux. Il existe différents facteurs qui peuvent augmenter les risques de souffrir de ces symptômes, tels que la prédisposition génétique, le vieillissement, l'obésité, la grossesse et l'accouchement [2]

Les hormones de la grossesse vont modifier les tissus pelviens [3]. La production de relaxine, hormone qui intervient dans le métabolisme du collagène, va favoriser la

dilatation périnéale lors de l'accouchement, mais aussi, en fonction du taux de relaxine sécrétée, augmenter le risque d'incontinence urinaire et de prolapsus dans le post-partum [4].

Epidémiologie

Le taux des femmes souffrant d'une incontinence urinaire, le plus souvent liée à l'effort, s'élève à 30-50 % (19% chez les nullipares) pendant la grossesse, en s'aggravant au cours du 3^{ème} trimestre [5, 6]. Cette incontinence perdure pendant le post-partum avec un taux de 19%, qui diminue jusqu'à arriver à un taux de 6% au bout de 3 mois [6]. Les facteurs de risque sont : l'âge maternel, la parité, le surpoids, une incontinence urinaire préexistante et l'accouchement vaginal [7].

Le taux de dyspareunie dans le post-partum est autour de 20-50% durant les premiers mois, pour ensuite disparaître dans la plupart de cas. [8]

Le taux d'incontinence anale, que ce soit aux gaz ou aux selles, est à environ 5-10%, ce taux-là persistant dans le post-partum. Les facteurs de risque concernant l'incontinence anale sont : l'âge, la parité, l'obésité, la durée de la 2^{ème} partie du travail, l'épisiotomie et les déchirures de type 3 et 4 [9].

En ce qui concerne les traumatismes périnéaux lors de l'accouchement, la dernière enquête nationale de l'INSERM réalisée en 2016 a établi :

- Un taux d'épisiotomie de 34.9% chez les primipares, 9.8% chez les multipares et 20.1% pour l'ensemble des femmes.
- Un taux de déchirures s'élevant à 51.3% pour les déchirures de type 1 et 2, et à 0.8% pour les déchirures de type 3 et 4 [10].

Le CNGOF en 2018 ne recommande pas la réalisation d'une épisiotomie lors d'un accouchement physiologique pour réduire les déchirures de type 3 et 4 (Grade A), en revanche elle peut être indiquée lors d'une extraction instrumentale [11].

Cette technique n'est pas anodine et différentes complications ont été décrites : elle augmente le taux de déchirure de 3^{ème} et de 4^{ème} degré, le traumatisme néonatal, la douleur dans les 3 premiers mois du post-partum, les problèmes de cicatrisation, ainsi que les risques de dyspareunie lors des premières semaines du post-partum.

Parmi les complications des déchirures figurent : des hémorragies, des douleurs, de la dysurie, de l'œdème, des thrombus génitaux, des infections, des risques de désunion et/ou de dyspareunie. Dans les cas des déchirures de 3^{ème} ou 4^{ème} degré se rajoutent les risques d'incontinence anale et de fistule [12].

Dans les risques de déchirures, il faut prendre en compte plusieurs facteurs, sachant que ce sont des risques cumulés : la primiparité, la macrosomie, la dystocie des épaules, l'allongement de la 2^{ème} partie du travail, les présentations postérieures, de la face ou du siège, l'extraction instrumentale, la qualité du périnée, une distance ano-vulvaire courte, l'accouchement trop rapide, la position de la parturiente et l'obésité [13].

La préparation du périnée pendant la grossesse diminue le taux d'épisiotomie, les douleurs périnéales et l'incontinence urinaire dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, et agit en faveur de la proprioception des femmes [11].

Depuis décembre 2018, le CNGOF recommande d'encourager la réalisation du massage périnéal chez les femmes enceintes souhaitant le réaliser, afin de diminuer le taux d'épisiotomie (NP1), les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum (NP2) [11].

Au Canada, les nouvelles directives pour l'année 2019 recommandent la réalisation d'exercices du plancher pelvien, tels que les exercices de Kegel, pendant la grossesse, pour diminuer le risque d'incontinence urinaire (grade C) [14].

Il existe deux axes de préparation périnéale : la préparation du périnée profond et la préparation du périnée superficiel.

- Préparer le périnée profond consiste à travailler le muscle ilio-coccygien afin de faciliter la rotation de la tête fœtale lors de l'accouchement.
- Préparer le périnée superficiel consiste à assouplir le centre tendineux du périnée (EPI-NO®, massage périnéal, supplémentation, hydratation...) en s'aidant de la respiration.

Les différentes méthodes de préparation :

Nutriments pour améliorer les fibres musculaires

Certains composés comme le magnésium, le zinc, la vitamine C, les acides gras Oméga 2 et la silice vont agir sur la fibre musculaire permettant une bonne élasticité des muscles

périnéaux [15]. Il est recommandé également de maintenir une bonne hydratation (1,5 à 2 L d'eau par jour).

Exercices périnéaux

Tels que les exercices de Kegel. Ce sont des exercices de contraction et relâchement du périnée, lesquels ont pour but le renforcement des muscles du plancher pelvien [16].

Respiration

Utilisation de la respiration physiologique, abdominale. Elle consiste à faire rentrer le ventre de la femme lors de l'expiration (par la bouche), ce qui fait remonter les organes et le périnée, et à faire relâcher le ventre lors de l'inspiration (par le nez), ce qui permet aux viscères de reprendre leur place, à la recherche d'une coordination et d'un équilibre entre le diaphragme pelvien et le diaphragme thoracique.

Lors de la réalisation des exercices (Kegel, correction posturale...) le « temps d'effort » se fera pendant l'expiration, de manière à diminuer l'hyperpression abdominale (et périnéale), ce qui fragiliserait le périnée [17].

EPI-NO

C'est un dispositif vaginal qui facilite l'étirement des muscles du plancher périnéal lors de l'accouchement (ANNEXE II) [18].

Massage périnéal

Exercice qui a pour objectif l'amélioration de la souplesse des tissus et la diminution de la résistance musculaire lors de l'accouchement [19] (ANNEXE III).

Correction de l'hyperlordose : Méthode 5P

Lors de la grossesse, il se produit une hyperlordose lombaire et donc une antéversion du bassin, qui provoque une perte de 2/3 du releveur de l'anus. Cette antéversion continue dans le post-partum, antéversion résiduelle, à laquelle se rajoute une fragilité du diaphragme périnéal, qui devient hypotonique [20].

Pour corriger cette hyperlordose, des exercices posturaux peuvent être proposés, tant en prénatal qu'en post-natal, tels que la « méthode 5P : Rééducation posturale proprioceptive abdomino-périnéale » (ANNEXE IV).

De nos jours, les femmes osent plus facilement s'exprimer. Le respect de leurs choix, indiqués lors de la rédaction du projet de naissance, semble être corrélé au bon vécu de l'accouchement. [21]

Les dernières études menées par la CIANE montrent une tendance actuelle s'orientant de plus en plus vers la physiologie, un souhait croissant de la part des femmes de participer pleinement à leur grossesse et à leur accouchement, ainsi que d'éviter, dans la mesure du possible, les épisiotomies et les déchirures [21, 22, 23].

La question de départ et les objectifs :

Ainsi, quel intérêt les femmes portent-elles à la préparation périnéale en anténatal et quelles pratiques adoptent-elles ?

Et puis, si elles ont réalisé une préparation périnéale, en sont-elles satisfaites ?

Pour répondre à ces questions, différents objectifs ont été établis :

- *Identifier* l'état des connaissances, l'intérêt et la pratique des femmes concernant la préparation du périnée à l'accouchement pendant la grossesse.
- *Evaluer* le degré de satisfaction des femmes ayant réalisé une préparation périnéale en anténatal.

MATERIELS ET METHODE

Les objectifs

- Identifier l'état des connaissances, l'intérêt et la pratique des femmes concernant la préparation du périnée à l'accouchement pendant la grossesse.
- Evaluer leur degré de satisfaction quand elles ont réalisé la préparation du périnée.

Pour atteindre ces objectifs une *étude quantitative rétrospective multicentrique* a été réalisée.

Le but de faire une étude multicentrique est de tendre à obtenir un échantillon représentatif de la population générale, en incluant des femmes de différents niveaux socio-économiques, culturels et des pratiques tendant plus ou moins vers la physiologie. Pour cela, les différentes maternités de Marseille, ainsi que la maternité d'Aubagne, font partie de l'étude, afin de pouvoir inclure les femmes ayant accouché dans des maternités de type 1, 2a, 2b et 3.

Le choix de faire une étude rétrospective s'est fait avec l'objectif d'identifier l'état des connaissances, l'intérêt et la pratique des femmes pendant leur grossesse, et leur satisfaction a posteriori.

Sélection de la population

- Les *critères d'inclusion* ont été : les femmes qui ont accouché par voie basse, à terme et qui parlent français.
- Les *critères de non-inclusion* ont été : les femmes qui ont accouché par césarienne, les femmes qui ont accouché par voie basse avant 37 semaines d'aménorrhée et les femmes qui ne parlent pas français.
- Les *critères d'exclusion* ont été : les femmes qui n'ont pas souhaité participer à l'étude (2 patientes ayant refusé de participer à l'étude parce qu'elles n'étaient pas disponibles au moment de la distribution), les femmes qui ont quitté le service de suites de couches avant mon passage et les formulaires qui ont été mal remplis ou perdus.

Les variables mesurées

- *Quantitatives* : l'âge (en années), l'information reçue sur la préparation du périnée (comment et par qui), la réalisation de la préparation du périnée

(méthode choisie) et le degré de satisfaction des femmes qui ont réalisé la préparation du périnée (pas satisfaite, peu satisfaite, satisfaite, très satisfaite).

- *Qualitatives* : Pourquoi ont-elles décidé de réaliser la préparation de leur périnée en anténatal ?

Outil de recueil de données

Questionnaire [ANNEXE 1] bref et concis, de manière à pouvoir répondre aux objectifs qui ont été établis dans ce mémoire. Les items qui ont été retenus sont :

- L'âge
- La parité
- Si information reçue concernant la préparation périnéale à l'accouchement en anténatal : la méthode choisie, le degré de satisfaction et si les patientes recommanderaient la préparation périnéale à d'autres femmes
- Si information non reçue concernant la préparation périnéale anténatale : si elles auraient voulu être informées

250 questionnaires ont été distribués auprès des femmes pendant leur séjour en suite de couches dans les différentes maternités de Marseille et, également, la maternité d'Aubagne.

Parmi les 250 questionnaires, seulement 200 questionnaires ont été retenus, 20 questionnaires ont été exclus car mal remplis et 30 questionnaires exclus car distribués dans le service de suites de couches mais perdus par la suite. Après ces premiers échecs, les questionnaires ont été distribués et remplis en ma présence dans les chambres avec les patientes.

La période de distribution des questionnaires s'est étalée entre début février 2018 et fin juin 2018.

Analyse statistique

Des statistiques descriptives ainsi que des tests de Chi2 et de Student ont été utilisés pour répondre aux différents objectifs.

RESULTATS

Caractéristiques de la population

Pendant la période de l'étude, 250 questionnaires ont été distribués auprès des femmes pendant leur séjour en suite de couche, parmi lesquels 200 ont été retenus.

Dans les tableaux ci-dessous, sont comparées les caractéristiques des femmes questionnées par rapport à la population générale (France métropolitaine), en faisant référence à l'Enquête Nationale Périnatale publiée par l'Inserm en 2016.

Tableau 1: Répartition des femmes questionnées en fonction de leur parité et antécédents de césarienne

Parité	Femmes n = 200 (%)	Enquête nationale (Inserm, 2016)
Primipare	103 (51.5%)	5464 (42.2%)
Multipare	97 (41.5%)	7498 (57.8%)
Utérus cicatriciel (1 antécédent de césarienne)	6 (6.2%)	1167 (16.2%)

Tableau 2: Répartition des femmes questionnées en fonction de leur âge

Age	Femmes n = 200 (%)	Enquête nationale (Inserm, 2016)
< 20 ans	3 (1.5%)	204 (1.6%)
20 – 24 ans	20 (10%)	1553 (12%)
25 – 29 ans	68 (34%)	4052 (31.3%)
30 – 34 ans	72 (36%)	4377 (33.83%)
35 – 39 ans	31 (15.5%)	2236 (17.3%)
≥ 40 ans	6 (3%)	519 (4%)

L'âge moyen des femmes questionnées était de 30.4 ans.

Tableau 3: Répartition des femmes ayant accouché dans les différents types de maternité [21]

Niveau de spécialisation	Femmes n = 200 (%)	Enquête nationale (Inserm, 2016)
Type I	17 (8.5%)	2893 (22.5%)
Type II	133 (66.5%)	6576 (51.1%)
Type III	50 (25%)	3398 (26.4%)

Seules les femmes ayant accouché par voie basse ont été questionnées.
Caractéristiques de leur accouchement :

Tableau 4: Modalité d'accouchement

Accouchement	Femmes n = 200 (%)	Enquête nationale (Inserm, 2016)
Position		
Gynécologique	189 (95%)	8322 (88.5%)
Sur le côté	4 (1.5%)	789 (8.4%)
Accroupie/ Debout	0	168 (1.8%)
4 pattes	7 (3.5%)	109 (1.2%)
Accouchement instrumental		
Oui	40 (20%)	1603 (18.6%)
Non	160 (80%)	8877 (84.7%)
APD		
Oui	171 (86%)	9081 (81.4%)
Traumatisme périnéal		
Périnée intact	62 (31%)	4713 (39.8%)
Déchirure	115 (57.5%)	5124 (43.3%)
Épisiotomie	23 (11.5%)	2002 (16.9%)

Etat des connaissances

Chez les femmes multipares, 72% ont signalé avoir eu une déchirure ou une épisiotomie lors des accouchements précédents.

Sur les 200 femmes étudiées, seulement 36.5% ont été informées sur la possibilité de réaliser pendant la grossesse une préparation du périnée à l'accouchement.

Les multipares ont été différenciées des primipares, afin de comparer lesquelles sont les plus informées, que ce soit par un professionnel de santé ou pas.

Nous constatons que, parmi les femmes informées, 64.4% sont des primipares. Le tableau 5 correspond au nombre des femmes ayant été informées de la préparation périnéale en fonction de leur parité. Les résultats indiquent un taux d'information plus élevé chez les primipares (45.6%) que chez les multipares (26.8%).

Tableau 5: Information reçue par les femmes en fonction de leur parité

Parité	Femmes informées n=200 (%)			Test Chi2
	Oui	Non	Total	
Primipare	47	56	103 (51.50%)	p < 0.004
Multipare	26	71	97 (48.50%)	
Total	73 (36.5%)	127 (63.5%)	200 (100%)	

Après analyse statistique selon la méthode de Chi2 ($p < 0.004$), nous pouvons confirmer que les primipares sont plus informées que les multipares.

Ces 73 femmes, primipares et multipares, qui ont été renseignées, ont eu l'information concernant la préparation du périnée par une ou plusieurs sources différentes :

- 33% par internet
- 67% par des sages-femmes
- 32% par des amies
- 16% par des gynécologues-obstétriciens

Ainsi, 30% de ces femmes ont reçu l'information sur la préparation périnéale par une source n'étant pas liée au milieu médical (internet, amies, coach sportif...).

Intérêt

Parmi les 127 femmes non informées sur la préparation périnéale, 74% d'entre elles auraient voulu l'être.

Afin d'étudier l'intérêt des femmes pour la préparation périnéale, des liens de corrélations entre les antécédents de traumatisme périnéal et l'information recherchée ou reçue par la femme (tableau 6), ainsi qu'entre traumatisme périnéal lors de cet accouchement et le souhait d'information a posteriori (tableau 7), ont été réalisés.

Donc, nous avons étudié uniquement les multipares, de manière à pouvoir établir si les femmes ayant eu un antécédent de déchirure ou d'épisiotomie lors d'un accouchement précédent étaient plus informées, c'est-à-dire, si elles allaient chercher plus d'informations, ou bien si les professionnels de santé les renseignaient davantage. 91 femmes parmi les multipares questionnées ont eu au moins un accouchement par voie basse, mais le fait d'avoir eu un antécédent de traumatisme périnéal n'influe pas sur la recherche ou la réception d'information concernant la préparation périnéale. Le test de Chi2 a été réalisé, prouvant qu'il n'y a pas de corrélation. En d'autres termes, ce n'est pas l'antécédent de déchirure ou d'épisiotomie qui va inciter à donner ou à rechercher plus d'information concernant la préparation périnéale ; les multipares ne sont donc pas plus informées que les primipares.

Tableau 6: Information reçue ou recherchée par les multipares en fonction d'antécédents de traumatismes périnéaux à la suite d'un accouchement

		Informées n=91 (%)			Test Chi2
		Non	Oui	Total	
ATCD traumatisme périnéal	Non	18	8	26 (28.6%)	p = 0.420
	Oui	48	17	65 (71.4%)	
Total		66 (72.7%)	25 (27.5%)	91	

En raison de l'abord rétrospectif de cette étude, le fait d'avoir eu une déchirure ou une épisiotomie aurait pu influencer la réponse positive concernant le désir d'information. Pour cela, nous avons fait un croisement de données entre « souhait d'information » et « état périnéal à la suite de cet accouchement », selon le test Chi2, $p = 0.372$. Le résultat n'est pas significatif, prouvant que ce n'est pas le fait d'avoir eu un traumatisme périnéal lors de cet accouchement qui aurait influencé la réponse donnée concernant le souhait d'information.

Tableau 7: Souhait d'information par rapport au traumatisme périnéale à la suite de cet accouchement

Souhait d'information	Etat périnéal à la suite de cet accouchement n=127 (%)			Test Chi2
	Déchirure ou épisiotomie	Périnée intact	Total	
Non	22	10	33 (25.2%)	p = 0.372
Oui	70	25	95 (74.8%)	
Total	92 (72.4%)	35 (27.6%)	127	

Pratique :

En pratique, parmi les 73 femmes qui ont été informées sur la préparation du périnée, 52 d'entre elles, soit 70%, ont décidé de préparer leur périnée à l'accouchement avec une ou plusieurs méthodes à la fois. La méthode la plus proposée est le massage périnéal, suivi par des exercices de Kegel et d'EPI-NO. Le taux d'acceptation est variable (tableau 8) : les exercices de Kegel puis le massage périnéal semblent les plus acceptés. Parmi les autres méthodes, quelques-unes, telles que la correction de l'hyperlordose ou la prise de tisane de framboisier, ont eu un taux d'acceptation de 100%, mais le nombre minime des femmes ayant reçu l'information ne permet pas de généraliser ce résultat.

Tableau 8: Répartition de l'information proposée et de l'acceptation à la réalisation, en fonction des méthodes de préparation

MÉTHODE DE PRÉPARATION PÉRINÉALE	Proposée n=73 (%)	Réalisée
Massage périnéal	60 (82%)	35 (58%)
Exercices de Kegel	24 (33%)	18 (75%)
EPI NO	20 (27%)	7 (35%)
Correction de l'hyperlordose	1 (1%)	1 (100%)
Tisane de framboisier	2 (3%)	2 (100%)

Ci-dessous, le tableau 9 regroupe sous deux colonnes les modalités de préparation périnéale effectuées : à gauche sans distinction de la méthode de préparation réalisée, et à droite la pratique ne concernant que le massage périnéal (méthode recommandée par la CNGOF). Les modalités de préparation varient. Mais si l'on prend en considération les nouvelles recommandations de la CNGOF (commencer

le massage à 36 semaines d'aménorrhée -SA- et le réaliser au moins 3 fois par semaine), seule la moitié des femmes, environ, a commencé à partir de 36SA et plus de la moitié l'a pratiqué au moins 3 fois par semaine.

Tableau 9 : Modalités de préparation périnéale anténatale

	Toutes méthodes confondues n = 51 (%)		Massage Périnéal n = 35 (%)	
	< 36 SA	≥ 36SA	< 36 SA	≥ 36SA
Début prépa	28 (54.9%)	23 (45.1%)	16 (45.7%)	19 (54.3%)
Nombre de séances par semaine	1-2	≥ 3	1-2	≥ 3
	18 (35.3%)	33 (64.7%)	9 (25.7%)	26 (74.3%)

Lors de la réalisation du massage périnéal : 33 femmes ont choisi l'huile Wellede®, 2 femmes l'huile d'amande douce et 1 femme l'huile d'onagre, le temps de réalisation fluctuant entre 5 et 10 min.

De même que pour l'information reçue ou recherchée, la question s'est posée concernant le lien de corrélation entre le fait d'avoir eu un antécédent de traumatisme périnéal à la suite d'un accouchement précédent et le taux d'acceptation des femmes aux méthodes de préparation périnéale (tableau 10). Le test de Chi2 réalisé à cet effet montre que ça n'influence pas la décision des femmes sur la réalisation ou non d'une préparation ($p = 0.166$).

Tableau 10 : Acceptation de la préparation périnéale par les multipares en fonction de leurs antécédents de traumatisme périnéale à la suite d'un accouchement précédent

ATCD traumatisme périnéal	Acceptation n=25 (%)			Test Chi2
	Non	Oui	Total	
Non	1	7	8 (32%)	p = 0.166
Oui	7	10	17 (68%)	
Total	8 (32%)	17 (68%)	25	

Enfin, lorsque l'âge des femmes est pris en compte, le pourcentage de celles ayant réalisé la préparation périnéale s'élève à 72.5% chez les femmes âgées de 30 ans

et plus. Après analyse statistique de ces résultats avec le test de Students ($p < 0.002$), il existe une acceptation plus importante chez les femmes âgées de 30 ans et plus.

La femme la plus jeune ayant réalisé la préparation est âgée de 25 ans, et la plus âgée de 46 ans ; l'âge moyen des femmes ayant réalisé la préparation périnéale est de 32.57 ans.

Satisfaction

Dans l'intention de déterminer le degré de satisfaction des femmes concernant la ou les préparations qu'elles ont effectuées, seulement les items concernant la douleur lors de la réalisation, la proprioception et le traumatisme périnéal ont été retenus, parce que ce sont les seuls à pouvoir être comparés entre les différentes méthodes.

Le tableau 11 ci-dessous montre que, quelle que soit la méthode réalisée, les femmes sont plutôt satisfaites que ce soit au niveau de la douleur ressentie, de la découverte de leur corps (proprioception) ou de l'état de leur périnée après cet accouchement. D'ailleurs, les 51 femmes ayant préparé leur périnée recommanderaient la ou les méthodes utilisées à leurs amies, d'où un taux de satisfaction de 100%.

Tableau 9: Satisfaction concernant la pratique de la méthode réalisée

Méthode réalisée	Douleur		Proprioception		Traumatisme périnéal	
	Non douloureux	Douloureux	Non satisfaite	Satisfaite	Non Satisfaite	Satisfaite
Massage périnéale n=35	82.8%	17.2%	2.9%	97.1%	25.7%	74.3%
Exercices de Kegel n=18	94.4%	5.6%	0%	100%	27.7%	72.3%
EPI-NO n=7	71.5%	28.5%	0%	100%	0%	100%
Correction hyperlordose n=1	100%	0%	0%	100%	0%	100%
Tisane framboisier n=2	100%	0%	0%	100%	0%	100%

En même temps une question ouverte a été posée aux femmes dans le but de connaître pourquoi elles ont décidé de réaliser la préparation et pourquoi elles la recommanderaient à leurs amies. La plupart des femmes l'ayant réalisée avaient pour

but d'éviter l'épisiotomie, de diminuer le risque de déchirure et de prendre conscience de leur périnée. Une seule patiente a répondu « j'ai pris la décision de la réaliser parce que ma sage-femme m'en a parlé ».

Chez les femmes qui ont été informées, mais qui ont décidé de ne pas la réaliser, 7 personnes, informées par une source non liée au milieu médical, se sont adressées à leur sage-femme qui leur aurait répondu : « il ne faut pas préparer le périnée à l'accouchement », de ce fait, elles ne l'ont pas fait. Dans les réponses nous trouvons aussi : « non fait par peur », « pas assez d'explications », ou « parce que ce sont des grandes multipares ».

Dans tous les cas, les femmes expriment un manque d'explications théoriques et pratiques, même celles ayant réalisé la préparation.

Malgré les différents biais pour affirmer l'efficacité de la préparation périnéale, une analyse selon le test de Chi² a été réalisée et elle a montré que chez les femmes ayant effectué une préparation périnéale il y a une tendance vers le périnée intact ($p < 0.033$).

DISCUSSION

Cette étude a voulu mettre en évidence d'une part l'intérêt et la pratique des femmes concernant la préparation périnéale en anténatal, et d'autre part la satisfaction des femmes l'ayant réalisée.

Biais et limites de l'étude

Nous rencontrons des biais d'informations, en effet c'est une étude rétrospective qui est basée sur la déclaration des femmes en suites de couche. De ce fait, il s'agit de l'information entendue et/ou retenue par les patientes et en aucun cas l'information délivrée par les professionnels de santé pendant la grossesse. De même, les modalités de réalisation de la préparation périnéale ont été déclarées par les femmes et non vérifiées.

De plus, dans les limites de ce sujet, il a été fait le choix d'exclure les femmes ayant accouché par césarienne. Bien qu'il s'agisse de femmes qui aient pu être informées et même avoir réalisé une préparation, mais qui ne pouvaient pas faire un retour sur leur état périnéal dans le post-partum.

Un des problèmes soulevés lors de la réalisation de ce mémoire, en plus du grand nombre de références bibliographiques relatif à certaines méthodes et leur absence pour d'autres, et des résultats divergents, concernait la distribution des questionnaires, car en effet nombreuses ont été les femmes qui ne connaissaient pas le « périnée ».

Analyse et discussion des résultats

Comme signalé précédemment, un des problèmes soulevés lors de la distribution des questionnaires était le manque de connaissances des femmes concernant le périnée « qu'est-ce que c'est ? », « à quoi sert-il ? ». Pourtant, le périnée est une partie très importante dans le corps d'une femme, une bonne qualité périnéale s'accompagne d'une bonne qualité de vie. Un périnée bien entretenu diminue les risques d'incontinence urinaire, d'incontinence anale et de prolapsus vaginal ; et ce, pendant toute la vie de la femme [2].

Cette méconnaissance transparaît dans les résultats obtenus et, peut être confirmée avec les résultats de l'étude réalisée en 2017 sur la représentation du périnée par les

femmes en post-partum, laquelle met en évidence que les femmes ont une connaissance partielle de leur périnée [27]. Avec un taux de seulement 37% de femmes informées, cette étude montre bien l'insuffisance d'information reçue par les femmes concernant la préparation périnéale anténatale.

Un bon vécu de l'accouchement est indissociable du respect du choix des femmes [22]. De nos jours, les femmes s'investissent de plus en plus dans leur grossesse et leur accouchement. En tant que sage-femme, notre rôle est de les encourager, de les informer, afin que, bénéficiant de nos connaissances, elles fassent le meilleur choix pour elles-mêmes : c'est ainsi que nous remplirons notre rôle d'information, d'éducation et de prévention [25].

Avec les couples, l'objectif peut être d'établir un projet de naissance ou juste de les informer, afin que leurs souhaits restent réalisables d'un point de vue pratique et compatible avec le lieu d'accouchement choisi. Ainsi, cela permet d'éviter une frustration potentiellement liée à la différence entre l'accouchement imaginé et l'accouchement vécu.

Lorsque l'on parle de préparation périnéale, en dehors des méthodes de préparation périnéale, il y a aussi une part de pédagogie. En tant que professionnels de santé, les sages-femmes ont un rôle très important dans la prévention et l'éducation à la santé [25]. La grossesse est une période où les femmes sont confrontées à cette partie de leur corps, elles craignent surtout l'épisiotomie et la déchirure lors de l'accouchement [24], et pendant laquelle elles doivent se rapprocher souvent des professionnels de santé. C'est donc le moment propice pour aborder ce sujet avec elles, et voire même pour l'approfondir si elles sont déjà familiarisées avec celui-ci. Le périnée féminin, partie taboue du corps de la femme pour certains, sombre souvent dans l'oubli. D'où l'intérêt pour le professionnel d'informer les femmes sur la possibilité de le préparer pour l'accouchement, puis de le rééduquer, dans cette étape de la vie d'une femme où il acquiert plus d'importance pour celle-ci.

Avec cette étude, l'intérêt de la femme à propos du périnée a été mis en évidence, notamment grâce au taux de souhait d'information qui s'élève à 74% chez les femmes non informées et au taux des femmes qui se sont renseignées par une source autre que médicale, soit 30%. Encore une fois c'est le rôle d'information de la sage-femme qui doit être mis en avant pour mieux guider le choix de la femme ou du couple, rôle d'autant

plus primordial qu'il peut arriver que la source d'information (par exemple : internet) soit fautive ou que le message soit mal compris.

De plus, chez la majorité des femmes ayant réalisé la préparation périnéale, le principal objectif était d'éviter l'épisiotomie. Cela semble pertinent puisque la préparation périnéale diminue le taux d'épisiotomie, mais aussi le taux d'incontinence urinaire pendant la grossesse et les premiers mois du post-partum, les douleurs périnéales et le taux d'incontinence aux gaz [11].

Au moment de la réalisation de cette étude, il n'existait pas de recommandation en France, au niveau du CNGOF, concernant la préparation périnéale [11]. De ce fait, certaines sages-femmes et certains médecins ne recommandaient pas la préparation, alors que d'autres faisaient référence à des recommandations anglaises par exemple [26]. Mais ceci n'est plus d'actualité depuis décembre 2018, car le CNGOF recommande d'encourager les femmes qui le souhaitent à réaliser le massage périnéal méthode de préparation périnéale à l'accouchement pendant la grossesse et les exercices du plancher pelvien pour diminuer les risques d'incontinence urinaire [11]. Or, pour pouvoir choisir, les femmes doivent être informées, de préférence par un professionnel de santé qui puisse les éclairer dans leur choix, « *Le patient a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin préconise et non lui impose. Cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information. L'information du patient est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information (article R. 4127-35)* » [28]. Les autres méthodes ne sont pas recommandées par le CNGOF, certainement par manque de preuves scientifiques et du fait que les résultats des différentes études qui ont été menées divergent. Mais elles ne sont pas pour autant nuisibles à la santé des femmes. De sorte que la divulgation de l'information sur les différentes méthodes reste « au bon vouloir » du professionnel de santé.

En réalité, même si les méthodes de préparation périnéale ne sont pas délétères, elles ne sont pas anodines non plus. Dans certaines situations elles peuvent être contre-indiquées comme c'est le cas pour le massage périnéal lorsqu'il existe une affection cutanée ou une infection vaginale [29]. De plus, un cas d'embolie gazeuse a été décrit lors de l'utilisation d'EPI-NO, mais il n'y a pas de certitude sur le fait que ce soit à cause d'EPI-NO [30]. En prévention de tous ces risques, la consultation avec un professionnel de santé reste fortement recommandée.

Par ailleurs, certaines femmes ayant reçu l'information de la part d'un professionnel de santé se plaignent de la façon dont elles l'ont reçue : un manque de

motivation (« survol de l'information ») ou une simple explication théorique difficilement compréhensible lorsque l'on ne connaît pas l'anatomie du périnée féminin. Il faudrait proposer une meilleure formation des professionnels ou tout au moins une sensibilisation sur la préparation périnéale.

Les modalités de réalisation ne correspondent pas aux modalités expliquées dans la littérature [11]. Cependant, les études divergent car il existe un réel problème dû au manque d'études fiables sur l'efficacité de ces techniques et sur les modalités de réalisation. De ce fait, les explications données sont dépendantes de l'avis de chaque professionnel, avec le risque que les couples se perdent dans des informations contradictoires et qu'ils finissent par ne pas bien les pratiquer.

Pour assurer une bonne compréhension des femmes, une séance individuelle pourrait être préconisée afin de leur montrer, théoriquement et de façon simplifiée, l'anatomie périnéale et la pratique de la méthode qu'elles souhaitent réaliser. Toujours dans le but de respecter le choix des femmes, cette consultation serait proposée et non imposée. Lors de la séance, la femme pourrait refuser d'être examinée, c'est son droit.

Depuis quelques années maintenant, les violences obstétricales sont un sujet qui revient de façon récurrente. Informer les femmes, recueillir leur consentement lors des actes de soin, ainsi que l'emploi d'une "asepsie verbale" sont de bons moyens pour lutter contre les violences [31]. De plus, un point très important à aborder durant cette consultation consacrée au périnée serait l'épisiotomie de manière à s'assurer que la femme ne soit pas prise au dépourvu le jour de l'accouchement. Les dernières recommandations du CNGOF 2018 n'indiquent l'épisiotomie qu'en cas d'extraction instrumentale en fonction de l'évaluation du clinicien lors de l'accouchement. Il faut veiller à bien les rassurer sur le fait que les épisiotomies ne se font plus de façon systématique [11].

Cependant, parmi les femmes qui ont accepté de réaliser la préparation, soit 70% des femmes informées, nous retrouvons un taux de satisfaction de 100% (quelle qu'ait été leur motivation initiale : mieux connaître leur corps, éviter les déchirures, éviter les épisiotomies...). Il faut souligner que, malgré le fait d'avoir souffert de déchirure ou d'épisiotomie lors de cet accouchement, le côté proprioceptif de la préparation a suffi à les satisfaire de l'avoir réalisée, et elles n'hésiteraient pas à la recommander à une amie.

Comme nous l'avons vu précédemment, la demande de la part des femmes concernant la préparation périnéale étant forte, il est indispensable de mieux former/informer les professionnels de santé à ces méthodes.

La préparation du périnée profond, non étudiée avec ce mémoire, semble être aussi importante et pourrait faire l'objet d'étude pour un futur travail de recherche.

D'autre part, il pourrait être envisagé de faire des études prospectives randomisées dans une tentative de :

- Prouver s'il existe une véritable corrélation entre la réalisation d'une préparation périnéale et le périnée intact après l'accouchement.
- Généraliser les modalités de réalisation des différentes méthodes de préparation périnéale.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence que les femmes sont peu informées sur la préparation périnéale en anténatal, et qu'il existe un souhait d'information chez celles qui ne l'ont pas reçue. Malgré le caractère rétrospectif de l'étude, ce souhait n'est pas influencé par le possible traumatisme périnéal souffert par la femme lors de cet accouchement. Il existe donc une réelle demande d'information.

La plupart des femmes ayant reçu l'information sur cette préparation ont décidé de la réaliser et elles sont satisfaites des résultats obtenus. Indépendamment de leur état périnéal à la suite de l'accouchement, se sentir impliquées dans leur grossesse et le côté proprioceptif ont suffi aux femmes pour la recommander à une amie et vouloir la refaire lors d'une future grossesse.

Il a été montré une tendance à la diminution de déchirures et d'épisiotomies chez les femmes qui ont préparé leur périnée. Cependant les biais d'informations concernant les modalités de préparation déclarées par les femmes et non vérifiées, empêchent de confirmer une vraie corrélation entre la réalisation de la préparation et le périnée intact.

Il existe une grande demande de la majorité des femmes pour la préparation périnéale. De plus, depuis décembre 2018, la préparation est recommandée par le CNGOF. D'où la nécessité de sensibiliser et de former les professionnels de santé sur ces méthodes, afin qu'ils puissent mieux informer les femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fabre-Clergue C. « Anatomie simplifiée du périnée féminin ». Edition No : 1. Sauramps Médical. 2012.
2. Xavier Fritel. Périnée et Grossesse [Pelvic floor and pregnancy]. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Elsevier Masson, 2010, 38 (5), pp.332-46. <10.1016/j.gyobfe.2010.03.008>. <inserm-00486397>
3. Rahn DD, Ruff MD, Brown SA, Tibbals HF, Word RA. Biomechanical properties of the vaginal wall: effect of pregnancy, elastic fiber deficiency, and pelvic organ prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol 2008;198:590.e1–e6.
4. Harvey MA, Johnston SL, Davies GAL. Mid-trimester relaxin concentrations and post-partum pelvic floor dysfunction. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87:1315–21.
5. Wijma J, Weis Potters AE, Tinga DJ, Aarnoudse JG. The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008;19:525-30.
6. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. Neurourol Urodyn 2002;21:2-29.
7. Altman D, Ekström Å, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2007;197:512.e1-512.e7.
8. Mous M, Muller SA, de Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery : faecal incontinence and sexual complaints. BJOG 2008;115:234-8.
9. MacArthur C, Glazener CMA, Wilson PD, Herbison GP, Gee H, Lang GD, Lancashire R. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. BJOG 2001;108:678-83.
10. INSERM. « Enquête nationale périnatale Rapport 2016 ». Octobre 2017. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
11. Pizzoferrato A.C., Ducarme G., Jacquetin B., Fritel X. « Perineal Prevention and Protection in Obstetrics: CNGOF Guidelines for Clinical Practice ». Gynécologie Obstétrique Fertilité et Senologie, Volume 46, 2018
12. UMVF. Complications traumatiques de l'accouchement. 2014. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf

13. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013;1-16 [Article 41-897]
14. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S, *et al*/2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy *Br J Sports Med* 2018;**52**:1339-1346.
15. Fabre-Clergue C. « La préparation du périnée pendant la grossesse ». Profession sage-femme. Volume n° 194, mars 2016, 39-40. Disponible sur : http://www.peryonis.com/wp-content/uploads/2016/03/11/preparation_perinee_pdt_grossesse.pdf
16. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Morkved S. « Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women ». Cochrane database of systematic reviews 2012, Issue 10. Art. No. :CD007471. DOI : 10.1002/14651858.CD007471.pub2.
17. De Gasquet B. « Accouchement : la méthode De Gasquet ». 2012. Ed. : Marabout. <http://www.sarahgiordano.ch/methode-apor-2/>
18. EPI-NO. « Préparation à l'accouchement ». 2018. Disponible on line : <http://www.epino.ch/en/preparation-a-l-accouchement-avec-epi-no.html>
19. BECKMANN MM, STOCK OM. « Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma ». Cochrane. Avril 2013. DOI:10.1002/14651858.CD005123.pub3. http://www.cochrane.org/CD005123/PREG_antenatal-perineal-massage-for-reducing-perineal-trauma
20. Kamina P. - Facteurs favorisant le prolapsus et l'incontinence d'urine d'effort chez la femme. In: Les Prolapsus Génitaux, GREPA, Bobigny, 1984, 83P., 14-18.
21. HAS. « Qualité et sécurité des soins dans le secteur naissance ». Mars 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
22. CIANE. « Respect de souhaits et vécu de l'accouchement ». Septembre 2012. On line. Disponible sur : <https://ciane.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-laccouchement/>
23. CIANE. « Physiologie de l'accouchement : le CIANE donne sa position ». Juillet 2015. On line. Disponible sur : <https://ciane.net/2015/07/physiologie-accouchement/>
24. CIANE. Episiotomie: taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements. Novembre 2013 [cité le

- 12 déc 2017]; Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/CPCianeEpisiotomieNov2013.pdf>
25. CNOSF. Compétences des sages-femmes. Online. Consulté le 08/03/2019. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
26. NHS. "Antenatal perineal massage". 2014. Online. Consulté le 01/2018. Disponible sur : <http://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/10938Pmassage.pdf>
27. Bourgeois R. « Les perceptions du périnée par le dessin dans le post-partum, chez les femmes ayant eu une épisiotomie ». Gynécologie et obstétrique. 2017. <dumas-01591274 >
28. Conseil National de l'ordre des médecins. « Article 36 : consentement du patient ». dec 2016. Online. Consulté le 08/03/2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>
29. Gómez de Enterría Cuesta ME. "masaje perineal durante el embarazo". Revista de enfermería CyL (2009). Vol 1, N° 2. Pag 40 – 43.
30. Thibert C. Le figaro. « Accouchement : la méthode EPI-NO permet-elle d'éviter les déchirures ? ». Janv 2019. Online. Consulté le 08/03/2019. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/accouchement-la-methode-epi-no-permet-elle-d-eviter-les-dechirures-/>
31. CIANE. « violence obstétricales : comprendre, prévenir, réparer ». Oct 2017. Online. Consulté le 08/03/2019. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

Questionnaire Mémoire : Etudiante Sage-Femme

Bonjour Madame, dans le cadre de mon cursus en maïeutique, je réalise un mémoire de fin d'étude sur la *Préparation du Périnée pendant la grossesse*.

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui se situent dans la partie inférieure du bassin et permettent, entre autres, la continence des urines et des selles. Celui-ci est très sollicité pendant la grossesse et l'accouchement.

Ce questionnaire **anonyme** ne vous prendra que quelques minutes, et il a pour but d'identifier :

- Votre intérêt pour la préparation du périnée pendant la grossesse
- Votre pratique de la préparation du périnée pendant la grossesse.

Les données récoltées ne serviront que pour cette étude.

Merci de le remettre à votre sage-femme une fois rempli.

GUERRERO FONTIVEROS, Ana Belén

Etudiante sage-femme à « l'Ecole universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée »

INFORMATIONS GENERALES

1) Quel est votre âge ? :

2) Evolvez-vous dans un milieu en rapport avec la santé ? : OUI NON

3) Quelle est votre profession (ou niveau d'étude le cas échéant) ? :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

4) Est-ce votre premier accouchement ? : OUI NON

- Combien d'accouchements par voie basse ?
- Combien d'accouchements par césarienne ?
- Lors des accouchements précédents (si c'est votre 1^{er} accouchement, merci de passer à la QUESTION 5) :

- Avez-vous fait une préparation du périnée pendant la grossesse : OUI NON

- Avez-vous eu besoin d'une aide instrumentale (forceps, ventouses, spatules) :

OUI NON

- Avez-vous eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale : OUI NON

Si OUI, est-ce que cela vous a motivé à réaliser une préparation du périnée pendant cette grossesse : OUI NON JE NE CONNAISSAIS PAS

LORS DE CETTE GROSSESSE

5) Vous avez été suivie par (vous pouvez cocher plusieurs items) :

- une sage-femme/ un maïeuticien
- un(e) gynécologue obstétricien
- un(e) médecin traitant
- non suivie

6) Avez-vous entendu parler de la préparation du périnée pendant la grossesse :

NON, auriez-vous voulu être informée ? : OUI NON (merci de passer à la QUESTION 7)

OUI, par qui avez-vous été informée ? (vous pouvez cocher plusieurs items) :

- Sage-femme, lors d'une : consultation séance de préparation à la naissance
- Gynécologue-Obstétricien
- Kinésithérapeute
- Internet
- Amies
- Autre :

Quelles méthodes de préparation vous ont été proposées ? (vous pouvez cocher plusieurs items) :

- EPI-NO
- Massage Périnéal
- Correction de l'hyperlordose (exercices pour améliorer la posture : diminution cambrure)
- Exercice de KEGEL (exercices de contraction du périnée)
- Autre (méthode traditionnelle...), en quoi consiste-t-elle ? :

Quelle méthode avez-vous choisi de réaliser, pourquoi ? :

- A quel terme (mois ou semaines) avez-vous commencé à la pratiquer :
- Combien de séances par semaine avez-vous réalisé :
 - Avec la sage-femme :
 - Avec le kinésithérapeute :
 - A la maison :
- Durée des séances (en minutes par jour) :
- Produit éventuellement utilisé :

LORS DE CET ACCOUCHEMENT

7) Avez-vous eu besoin d'une aide instrumentale (forceps, ventouses, spatules) : OUI NON

8) Au niveau du périnée : pas de point déchirure épisiotomie

9) Avez-vous bénéficié d'une anesthésie péridurale ? OUI NON

10) Dans quelle position avez-vous accouché ? :

SI VOUS AVEZ REALISE UNE PREPARATION DU PERINEE PENDANT LA GROSSESSE

	Pas satisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite	Très Satisfaite
REALISATION DE L'EXERCICE				
Compréhension				
Facilité de réalisation				
Non douloureux				
RESULTATS OBTENUS				
Aide à la connaissance de soi même				
Implication du partenaire				
Compréhension de la poussée				
Diminution des douleurs lombaires				
Diminution des fuites urinaires				
Prévention : déchirure, épisiotomie				

9) Recommanderiez-vous la préparation du périnée à une femme enceinte : OUI NON

10) Remarques possibles :

ANNEXE II : EPI-NO

C'est un dispositif vaginal qui faciliterait l'étirement du tissu périnéal lors de la poussée au moment de l'accouchement, ainsi que la relaxation périnéale. Il améliorerait le travail contre la résistance de l'étirement des muscles périnéaux.

A la fin de la grossesse, la femme pourra avoir appris comment pousser en expiration freinée (glotte ouverte), en relâchant les muscles périnéaux, elle aura pu expérimenter la sensation de "sortie". La femme enceinte sentirait comme ses muscles ont obtenu l'élasticité nécessaire pour laisser passer la tête du nouveau-né [1].

C'est une technique qui serait bien tolérée par les femmes enceintes. [2]

Technique [1] :

1. Renforcement/développement des muscles du plancher pelvien : pour commencer, le ballon de l'EPI-NO est introduit dans le vagin. L'exercice consiste à contracter les muscles contre le ballon, qui offre une résistance.
2. Etirement des muscles : à l'aide d'une pompe manuelle, le ballon peut se remplir d'air et se gonfler doucement et sans aucun risque pour le bébé. Le diamètre du ballon augmente ainsi progressivement, pour un étirement en douceur des muscles et des tissus. 15min/j.

D'après l'article qui a été publié sur le journal *Obstetrics and Gynecology International*, Epi-No peut être une méthode prometteuse, mais il manque encore des essais randomisés de haute puissance pour examiner minutieusement les effets d'EPI-NO et standardiser son utilisation [3].

Méthode non délétère pour les muscles du plancher pelvien [4].

1. EPI-NO. Préparation à l'accouchement. 2018. Online. Disponible sur : <http://www.epino.ch/en/preparationa-l-accouchement-avec-epi-no.html>
2. Sass N et all. Parturient perineal distensibility tolerance assessed by EPI-NO : an observational study. 2014. Consulté 06/2018. Disponible on-line : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898234/>
3. Kavvadias, Tilemachos and Irene Hoesli. "The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor-Implications for Future Research". *Obstetrics and gynecology international* vol. 2016 (2016): 3818240.

4. De Freitas SS et al. « Effets of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength : a pilot study ». *Int Urogynecol J*. 2018 Oct 20. doi: 10.1007/s00192-018-3793-1.
5. Kavvadias, Tilemachos and Irene Hoesli. "The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor-Implications for Future Research". *Obstetrics and gynecology international* vol. 2016 (2016): 3818240.

ANNEXE III : MASSAGE PERINEAL

Exercice qui a pour objectif l'amélioration de la souplesse des tissus et la diminution de la résistance musculaire [1]. A débiter à partir de 36SA, au moins 3 fois par semaine. Il diminue le taux d'épisiotomie (NP1) ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum [2]

Technique [3, 4] :

- Propreté : se laver les mains avant la réalisation de l'exercice, ongles courts.
- S'installer confortablement et s'aider d'un miroir pour prendre connaissance de son périnée.
- Utiliser un lubrifiant : en mettre au niveau des doigts et du vagin.
- Débiter à partir de 36 SA.
- **Automassage** : Introduire le pouce dans le vagin (3-4 cm) et faire glisser les doigts à droite et à gauche, sans arriver au méat urinaire, pendant 3-4 min. Puis, exercer une légère pression avec le pouce au niveau du centre tendineux du périnée pendant 3-4 min. A réitérer au moins 3 fois par semaine. Au début, peut être un peu gênant pour la patiente, si c'est le cas, elle commencera à 1-2 min et augmentera au fur et à mesure jusqu'à 3-4 min/j.
- **Réalisation par le partenaire** : même technique, cependant il introduira le 2^{ème} et 3^{ème} doigt à l'intérieur du vagin au lieu du pouce.

Il est contre-indiqué en cas d'affection cutanée, infection vaginale ou rupture prématurée des membranes. [3]

Une étude randomisée, qui a été publiée en 2017, prouve que de la réalisation des exercices périnéaux à partir de 34 SA en complément du massage périnéal résultent une diminution du taux d'épisiotomie, une probabilité plus élevée de conserver un périnée intact et une diminution de la douleur périnéale dans le post-partum. [5]

1. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3

2. Pizzoferrato A.C., Ducarme G., Jacquetin B., Fritel X. « Perineal Prevention and Protection in Obstetrics: CNGOF Guidelines for Clinical Practice ». *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*, Volume 46, 2018
3. Gómez de Enterría Cuesta ME. “masaje perineal durante el embarazo”. *Revista de enfermería CyL* (2009). Vol 1, Nº 2. Pag 40 – 43.
4. NHS. “Antenatal perineal massage”. 2014. Online. Consulté le 01/2018. Disponible sur : <http://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/10938Pmassage.pdf>
5. Leon-Larios F et al. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Pubmed*. 2017 Jul; 50:72-77. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015

ANNEXE IV : CORRECTION DE L'HYPERLORDOSE

Lors de la grossesse il se produit une hyperlordose, et antéversion du bassin, qui amène à un périnée antérieur plus sollicité. Puis dans le post-partum se retrouve une antéversion résiduelle à laquelle s'ajoute une fragilité du diaphragme périnéal, qui devient hypotonique.

L'hyperlordose lombaire et l'antéversion du bassin sont des facteurs favorisant des prolapsus ainsi que des incontinences urinaires, car ils modifient la direction des forces intra abdominales vers la fente vulvaire au lieu de la région anorectale. De plus, l'hyperlordose diminue la force des muscles releveurs, 2/3 des muscles releveurs de l'anus se perdent. [1]

Pour aider à la réduction de cette hyperlordose la « Méthode 5P » peut être proposée.

1. Kamina P. - Facteurs favorisant le prolapsus et l'incontinence d'urine d'effort chez la femme. In: Les Prolapsus Génitaux, GREPA, Bobigny, 1984, 83P., 14-18.

Source : Validation de la Méthode 5P

" Bûche" nouveau concept validé expérimentalement

Chantal Fabre-Clergue sage-femme sexologue

Alain Marzolf kinésithérapeute chargé d'enseignement



La méthode " 5P " : Rééducation posturale proprioceptive abdomino-périnéale

Quand nous parlons de rééducation périnéale, abdomino-périnéale, de troubles de la statique pelvienne, nous devrions aussi parler de posture globale. Une posture globale qui peut être une alliée ou une ennemie, qui peut potentialiser notre rééducation ou la desservir.

Les éléments du petit bassin organes, fascias, muscles ne peuvent pourtant trouver leur équilibre que dans un corps, lui-même en équilibre postural global.

En effet :

- L'axe vertébral, les libertés articulaires et musculaires du bassin
- les synergies musculaires : synergie abdomino-périnéale, chaînes musculaires
- la gestion des pressions dans l'enceinte abdomino-périnéale,
- le type de respiration
- l'hypertonie du diaphragme thoracique

- les hypertonies : trigger point
- la qualité du tissu conjonctif : nutrition, compléments alimentaires
- l'équilibre digestif et intestinal, l'équilibre sur système neuro végétatif
- le sens corporel

Vont rentrer en synergie et être évalué au travers d'un bilan et rééduqués au travers d'une vision globale et interactive. Cette approche thérapeutique se nomme " **5P** "

Les exercices avec la bûche côté rond et côté surf avec sangle sont un des versants de cet outil thérapeutique.

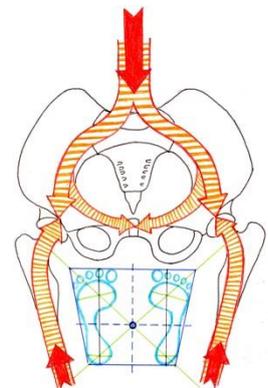
Le côté rond favorise l'équilibre du pied une entrée posturale fondamentale, la normalisation des tensions musculaires du bassin, la dynamique des muscles érecteurs, la détente (effet anti-stress), la synchronisation respiratoire sangle abdominale, sangle périnéale & diaphragme thoracique. La circulation du petit bassin et des membres inférieurs est améliorée, les hémorroïdes décongestionnées. Mais on a aussi la possibilité de traiter les inversions de commande, les pesanteurs pelviennes.

Le côté surf avec sangle (idée novatrice de Chantal Fabre-Clergue) met en jeu l'interaction des forces posturales ascendantes et descendantes avec leur point de rencontre au niveau du bassin.

Les réponses posturales réflexes incitent une réponse tonique particulièrement intéressante au niveau du périnée postérieur.

Nous aurons des résultats au niveau des incontinences urinaires, anales, aux gaz. La sexualité se trouvera amélioré.

Mais il faut entendre qu'il existe un protocole complet évalué qui englobe cette vision globale au service du mieux-être de nos patients.



Voici tous les résultats que l'on peut obtenir

- 1. Stress** : aide précieuse pour retrouver une détente et un calme émotionnel : amélioration de l'endormissement, insomnie
- 2. Posture** : corriger la posture, les hypertonies, les hypotonies, les pieds plats, et équilibrer le bassin et les axes de symétrie, douleurs vertébrales, équilibre entre les chaînes musculaires antérieures et postérieures, équilibre périnée antérieur et postérieur, mal au dos, grossesse, respiration, abdominaux.
- 3. Respiration** : synchroniser son souffle, harmoniser les 3 diaphragmes et découvrir une respiration périnéale globale
- 4. Grossesse** : Préparer le périnée et le ventre afin de récupérer plus facilement la silhouette après l'accouchement. Eviter le mal au dos en corrigeant

l'hyperlordose, rééquilibrer les articulations sacro-iliaques, permettre une meilleure position de bébé. Travailler ses abdominaux et sa silhouette, décongestionner le petit bassin (hémorroïdes, pesanteur)

- 5. Sexualité** : Amélioration notable du plaisir sexuel par une tonification du périnée profond et une disparition des gaz vaginaux selon les positions lors des rapports sexuels chez certaines femmes. Aide au traitement du vaginisme (contraction involontaire des muscles péri-vaginaux) lors d'une tentative de pénétration (pénis, tampon, doigt etc...) rendant impossible toute sexualité. Dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels, soit à l'intromission, soit une douleur profonde)
- 6. Rééducation** : correction des incontinences urinaire, anale et aux gaz, mais aussi de l'inversion de commande. Renforcement abdominal et périnéal, permet de retrouver sa condition physique après l'accouchement avant de reprendre de reprendre une activité sportive, meilleure gestion des pressions thoraco-abdominales. Amélioration du transit intestinal, de la constipation.
- 7. Sport** :
Préparation physique avant la reprise du sport et récupération après une séance et annule les hyperpressions générées par certaines activités physiques et sportives (car elles favorisent les prolapsus et les incontinences d'effort).

Validation d'une nouvelle technique de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale

2013

Chantal Fabre-Clergue, Alain Marzolf et Michel Bouvier

Service d'hépatogastroentérologie CHU Nord Aix-Marseille Université, Marseille

Plateforme de recherche clinique CRN2M UMR 7286 Aix-Marseille Université, Marseille

La rééducation périnéale comprend un grand nombre de techniques visant à corriger les troubles de la statique pelvienne à la base des dysfonctionnements des organes pelviens urinaires, digestifs et sexuels.

Le but de cette rééducation est de permettre au patient de retrouver un contrôle volontaire des différents muscles striés du périnée afin de les rendre plus performant. En effet, bien que ces muscles soient à commande volontaire, notre système nerveux central, hautement plastique, est capable de faire contracter ces muscles sans forcément faire appel à notre conscience. Donc très souvent, et notamment après les accouchements des asynergies de fonctionnement entre les muscles du périnée et par exemple les muscles abdominaux apparaissent.

Une nouvelle technique de rééducation proprioceptive, non invasive, sans toucher vaginal, sans utilisation de sonde de rééducation et avec très peu de contre-indications a été décrite comme permettant aux patientes de tonifier leur sangle périnéale et abdominale.

Elle consiste à faire effectuer à une patiente, en équilibre sur une demi-bûche, des tractions avec un élastique solidaire de la bûche.

Afin de vérifier l'efficacité de cette technique de rééducation, nous avons réalisé une étude préliminaire en effectuant une manométrie ano-rectale, par la technique des cathéters perfusés, avant et après une séance de rééducation utilisant le dispositif décrit précédemment.

La manométrie permet de mesurer un certain nombre de paramètres qui correspondent au fonctionnement des muscles et des organes périnéaux.

Nous avons mesuré :

-la pression de repos dans le canal anal qui reflète la contraction tonique permanente du muscle lisse du sphincter anal interne (80%) et le tonus de la musculature striée du

sphincter anal externe et du muscle releveur de l'anus (20%). La pression dans la partie haute et dans la partie basse du canal anal qui correspond à la pression exercée respectivement par le sphincter anal interne et le sphincter anal externe.

-la pression dans le canal anal ainsi que la pression abdominale lorsque l'on demande à la patiente de contracter volontairement son sphincter anal externe.

-la longueur de la zone de haute pression.

Cette étude a été effectuée chez 29 volontaires sains de sexe féminin âgées de plus de 18 ans indemne de lésion anale active et qui n'avaient pas subi de chirurgie ano-rectale.

Après la séance de rééducation, nos résultats indiquent :

-une élévation significative de la pression moyenne de repos dans la partie haute (46,4mmHg \pm 2,3 vs 49,6 mm Hg \pm 2,3, $p < 0,005$) et dans la partie basse du canal anal (57,3 mm Hg \pm 2,3 vs 80mmHg \pm 3,7, $p < 0,0001$).

-une amélioration significative ($p < 0,0001$) de la contraction volontaire du sphincter anal externe, la pression moyenne passant de 44 mm Hg \pm 3,7 à 62,8 mm Hg \pm 4.

-aucune augmentation significative de la pression abdominale moyenne qui pourrait retentir sur la pression exercée dans le canal anal.

-un allongement significatif ($p < 0,0001$) de la longueur moyenne de la zone de haute pression qui passe de 38,4 mm \pm 1,6 à 44,3 mm \pm 1,5.

En conclusion, nos résultats indiquent que cette nouvelle technique de rééducation permet un éveil rapide de la perception périnéale assurant un contrôle précis ainsi qu'une amélioration des contractions toniques et phasiques de la musculature striée du périnée postérieur.

Bibliographie :

1-les Fonctions sphinctériennes

Gérard Amarenco et Alex Chantraine Edition SPRINGER 2006

2- Algies pelvi périnéales et thérapies manuelles

Sous la direction de Dominique Bonneau et Pierre Marés Edition Sauramps 2010

3- Pelvi-Périnéologie du symptôme à la prise en charge thérapeutique. Bernard Blanc et Laurent Spiroudis Edition Springer 2005

4-Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelles Tome 4 2° Edition SIMEP

5- Physiologie du muscle squelettique David Jones Edition Elsevier 2005

6-Anatomie du Petit Bassin R.YIOU Edition Elsevier 2011

7-Rééducation périnéale Dominique Grosse et Jean Sengler Edition Masson

ANNEXE V : NIVEAU SPECIALISATION DES MATERNITES

HAS 2014 :

800 000 accouchements environ sont réalisés chaque année en France (Insee).
En métropole, il existe 536 maternités réparties selon le type d'autorisation, soit le niveau de l'offre de soins néonataux en :

- type I (49 %) : unité d'obstétrique ;
- type II (39 %) : unités d'obstétrique et de néonatalogie avec (16 %) ou sans (23 %) soins intensifs en néonatalogie ;
- type III (12 %) : unités d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, PMSI-MCO 2010).

ANNEXE VI : PREPARATION PERINEE PROFOND

MAÏEUTIQUE

PUBLIÉ DANS
PROFESSION
Sage-Femme

cot. Il est amusant de laisser choisir la future maman, qui peut très vite être gênée par les odeurs trop fortes de tel ou tel produit.

La préparation du périnée profond

La sage-femme estimera lors d'un examen clinique la distance anovulvaire, qui doit être d'environ 3 à 4 cm. Puis avec un toucher vaginal, elle appréciera la souplesse de cette zone, réalisera un testing et recherchera une béance fundique.

Il faudrait alors proposer une rééducation du plan profond avec une gymnastique périnéale associant un travail des muscles fessiers (petits battements de jambes contre résistance avec une sangle élastique par exemple), puis une mise en tension des muscles obturateurs internes qui entraîne inévitablement une tonification de l'ilioococygien (avec une modification de la posture et un déverrouillage des genoux) puisque celui-ci est accroché à l'arcade obturatrice.

Tout cela contribue à une préparation périnéale complète. La patiente y participe activement : l'apprentissage est rapide (deux ou trois séances) et reproductible à la maison. Le renforcement du

plan profond aidera la rotation de la tête du bébé et facilitera la présentation en OP.

RÉSULTATS

Une fois enceinte, Fanny a choisi cette préparation périnéale, qui a été suffisante pour la rassurer dans sa capacité à accoucher par voie basse. Elle a en effet donné naissance à son second bébé sans aucun problème et sans péridurale. Son périnée n'a nécessité aucun point de suture et n'a eu aucune éraillure. En revanche, pour certaines femmes, la rééducation périnéale pendant la grossesse peut ne pas suffire. Lorsque la peur d'accoucher est envahissante, il peut être suggéré à la patiente de consulter un psychologue de la maternité.

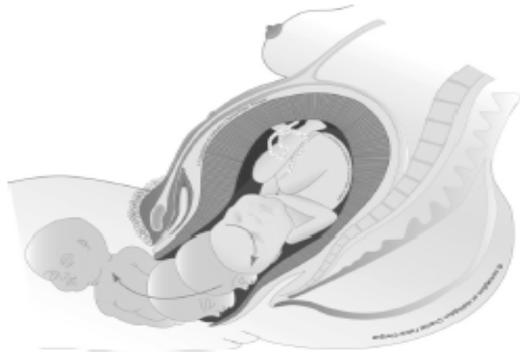
Chantal Fabre-Clergue est sage-femme libérale, sexologue, membre du CA du Collège national des sages-femmes, responsable du centre de formation Perineform et titulaire d'une licence en nutrithérapie de la faculté de Poitiers. Elle est chargée d'enseignement en périnéologie au sein du DU de statque pelvienne et d'urodynamique à la faculté de Nîmes, du DU de sexualité humaine à la faculté de Marseille-Montpellier et à l'université de Madrid.

Elle est également présidente de l'association Les Baleines bleues et coéditrice de l'Association des sages-femmes rééducatrices et sexologues Peryonis.

Chantal Fabre-Clergue ne déclare aucun conflit d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Calais-Germain Blandine. Le Périnée féminin et l'Accouchement. Désiris, 1996.
- Fabre-Clergue Chantal. Anatomie simplifiée du périnée féminin. Sauramps Médical, 2012.
- Vendittelli F, Tabaste JL, Janky E. Le massage périnéal antepartum : revue des essais randomisés. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction, Vol 30 - N° 6, p. 565-571 - Octobre 2001.
- Mel-dan E, Wallfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. Isr Med Assoc J. 2008 Jul;10(7):499-502.



Vous trouverez sur le site
des Baleines bleues
tous les renseignements
concernant les séminaires
abordant les thèmes
de la sexualité pendant
la grossesse et la
rééducation périnéale.



www.lesbaleinesbleues.com

RESUME

Introduction : Il existe différentes méthodes de préparation périnéale, telles que : le massage périnéal, EPI NO, les exercices du plancher pelvien, les exercices de respiration, la correction de l'hyperlordose et les nutriments pour améliorer la fibre musculaire. Dépendant des méthodes, les buts recherchés sont : la diminution des taux de déchirure, d'épisiotomie, des douleurs périnéales pendant les premiers mois du post-partum, d'incontinence urinaire et d'incontinence anale. Les objectifs de ce mémoire sont d'identifier l'état des connaissances, l'intérêt et la pratique des femmes concernant la préparation périnéale en anténatal, et d'évaluer le degré de satisfaction des femmes l'ayant réalisée.

Méthodologie : étude quantitative rétrospective multicentrique. 200 femmes, ayant accouché par voie vaginale et à terme (>37 semaines d'aménorrhée), ont été questionnées en suite de couches entre début février 2018 et fin juin 2018. Les variables mesurées ont été : l'information reçue sur la préparation périnéale, la réalisation de cette préparation et pourquoi ? et leur degré de satisfaction.

Résultats : 36% des femmes (n=73) ont reçu l'information sur la préparation périnéale pour l'accouchement, 30% (n= 22) d'entre elles par une source non médicale. Parmi les 127 non informées, 74% (n=94) d'entre elles auraient voulu l'être.

70% (n=51) des femmes informées ont décidé de la réaliser, le taux de satisfaction s'élève à 100% (n=51).

Conclusion : Grande demande de la majorité des femmes concernant la préparation périnéale, d'où la nécessité d'information et/ou de formation des professionnels de santé. Les femmes l'ayant réalisée sont très satisfaites.

Mots clés : périnée, préparation périnéale, déchirure, épisiotomie, satisfaction.

ABSTRACT

Introduction : Pelvic floor preparation for birth can be done by massage, EPI NO, pelvic floor exercises, breathing exercises, hyperlordosis corrective exercises and nutrients to improve muscular fibre. Depending on the method choosed, they aim a reduction in the proportin of tears, episiotomies, perineum pain during the first months of post partum, urinary and/or fecal incontinence. The aims of this study are to identify women's knowledge, to identify the behoof and women's use of pelvic floor preparation during pregnancy, and to assess women's satisfaction after pelvic floor preparation.

Method : retrospective multicenter quantitative study. Two hundred women after a term vaginal birth (>37 gestational weeks) were surveyed during their stay in the post partum ward between February 2018 and June 2018. Measured variables were : the information on pelvic floor preparation, the use of any kind of preparation and the reasons that motivated the choice, and finally their satisfaction.

Results : 36% of women (n=73) had been informed about pelvic floor preparation, 30% (n=22) of them by a non medical source. Among the 127 women who had not been informed, 74% (n=94) wish they were. 70% (n=51) of the informed women decided to do a preparation, and all of them (n=51) were satisfied with their method.

Conclusion : There is an important request from most women concerning pelvic floor preparation. There is a lack of information and/or education among healthcare providers. Women having had a preparation were very satisfied.

Keywords : perineum, pelvic floor antenatal preparation, vaginal tear, episiotomy, satisfaction.