



HAL
open science

Formation à la rééducation périnéale vue par les étudiant-e-s sages-femmes

Dorine Louveau

► **To cite this version:**

Dorine Louveau. Formation à la rééducation périnéale vue par les étudiant-e-s sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03220225

HAL Id: dumas-03220225

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220225v1>

Submitted on 7 May 2021

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.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**FORMATION A LA REEDUCATION PERINEALE
VUE PAR LES ETUDIANT.E.S SAGE-FEMMES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LOUVEAU Dorine

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

Sincères remerciements à ...

Ma directrice de mémoire, Aurélie MEJEAN-LAPAIRE, sage-femme enseignante, pour son soutien, sa compréhension, son aide précieuse et pour avoir pris de son temps pour m'aider dans ce travail.

Madame Nathalie PINOL, bibliothécaire-formatrice à la bibliothèque universitaire de l'Université de Clermont-Auvergne, pour son temps et ses conseils bibliographiques.

L'ensemble des sages-femmes enseignantes pour leur enseignement durant ces quatre années, leur écoute et leur soutien, ainsi que les sages-femmes cliniciennes que j'ai pu rencontrer lors de ma formation, qui m'ont aidée à devenir sage-femme.

L'ensemble de ma promotion, en particulier Angélique, avec qui j'ai pu partager mes inquiétudes, mes moments de doute, et qui a su m'accompagner lors des stages, des révisions et dans la réussite, ainsi que Justine qui a été et sera toujours là. Merci infiniment.

Mes parents, Yann et Jacqueline, ma sœur Améline et mon neveu Noa. Merci tout simplement d'être là quoi qu'il advienne, de me donner votre amour unique et profond, de donner un sens au mot « famille » au quotidien. Merci pour tout.

Dorian, mon tout, pour ta force et ton soutien incomparables, pour tes conseils précieux. Merci d'avoir été l'épaule sur laquelle j'ai pu m'appuyer, de me faire sentir confiante et forte.

Marion, maintenant sage-femme hors pair, qui est là depuis le début, mon rayon de soleil au quotidien, qui a su m'accompagner dans les moments difficiles, m'écouter et me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Glossaire :

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

APOR : Approche Posturo Respiratoire

CIL : Correspondant Informatique et Liberté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Connaissance et Maitrise du Périnée

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DPD : Délégué à la Protection des Données

DU : Diplôme Universitaire

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GAH : Gymnastique Abdominale Hypopressive

IASP : International Association for the Study of Pain

ICS : International Continence Society

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter de l'Anus

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PTAE : Pressions Thoraco Abdominales à l'Effort

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RGPD : Règlement européen de Protection des Données Personnelles

Sommaire :

Introduction.....	2
Revue de littérature.....	4
1. L'anatomie du périnée.....	4
2. Les lésions périnéales post-accouchement.....	7
3. Les douleurs périnéales à la suite d'un accouchement voie basse.....	8
4. L'incontinence à la suite d'un accouchement voie basse.....	12
5. La rééducation périnéo-sphinctérienne en post-partum.....	14
6. Les compétences des sages-femmes en termes de rééducation.....	22
7. La formation initiale à la rééducation périnéo-sphinctérienne.....	24
Population et Méthode.....	27
1. Population.....	27
2. Méthode.....	27
Résultats.....	32
1. Présentation de l'échantillon.....	32
2. Les enseignements sur la rééducation périnéale.....	32
3. La pratique de la rééducation périnéale durant les stages.....	36
4. L'évaluation des compétences.....	38
5. Le sentiment de compétence.....	39
6. Les points forts des cours théoriques.....	41
7. Les points forts des travaux pratiques.....	42
8. L'avis des étudiant.e.s sur la formation initiale à la rééducation périnéale.....	42
Discussion.....	46
1. Atteinte des objectifs de l'étude.....	46
2. Critique de l'étude.....	47
3. Analyse des résultats.....	49
4. Projet d'action.....	54
Conclusion.....	56

INTRODUCTION

La représentation de la profession de sage-femme par la population générale est souvent en lien avec l'accouchement. Pour autant, les sages-femmes jouent un rôle majeur dans le suivi du post-partum, notamment pour la rééducation du périnée.

Cette rééducation est nécessaire pour une prise de conscience des muscles périnéaux par la patiente, pour adopter des exercices de protection périnéale au quotidien ainsi que pour traiter les incontinences urinaires et fécales. Pour la sage-femme, la pratique de la rééducation périnéale nécessite des compétences spécifiques et donc une formation permettant l'acquisition de ces compétences.

Le masseur-kinésithérapeute est habilité, sur prescription médicale, à « *participer aux traitements de rééducation concernant les séquelles périnéo-sphinctériennes à compter du 90^{ème} jour après l'accouchement* », à condition d'être formé en périnéologie ou rééducation périnéo-sphinctérienne [1]. La sage-femme est autorisée quant à elle à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement. La plupart des sages-femmes libérales assurent d'ailleurs des séances de rééducation périnéale [2].

Depuis quelques années, le nombre de sages-femmes libérales augmente tous les ans en France, notamment parmi les nouvelles diplômées [3]. Ces dernières doivent donc être formées le plus possible à la rééducation périnéale pendant leur formation initiale. Cependant, il semblerait que beaucoup de sages-femmes diplômées se forment après l'obtention de leur diplôme d'Etat.

Pour avoir une idée du niveau de formation des nouvelles diplômées, il est intéressant de faire le point sur le programme officiel des études en sciences maïeutiques.

Ainsi il est précisé qu'aux apports théoriques lors des enseignements dispensés aux étudiant.e.s sages-femmes s'ajoute une formation clinique lors des stages. En revanche, le contenu précis des enseignements, les méthodes pédagogiques et le nombre d'heures de pratique en termes de rééducation périnéale ne sont pas mentionnés. Une disparité de formation entre les apprenant.e.s est dès lors déjà perceptible.

L'enquête sur le bien-être des étudiant.e.s a montré qu'il était important de les écouter. Il nous a donc semblé pertinent de leur demander ce qu'ils.elles ont retenu de leur formation à la rééducation périnéale.

Comment les futures sages-femmes sont-elles formées à cette pratique durant les cours et durant leurs stages ? Se sentent-elles prêtes à pratiquer des séances de rééducation à l'approche de l'obtention de leur diplôme d'Etat ?

Dans cette étude, il s'agit d'explorer la formation à la rééducation périnéale en France en 2019, vue par les étudiant.e.s sages-femmes qui s'apprêtent à être diplômé.e.s. Tout d'abord, une revue de littérature présente les connaissances nécessaires à la pratique de la rééducation périnéale, les techniques de rééducation et la formation initiale des sages-femmes à ce sujet. Ensuite, après la description de la méthode utilisée pour mener à bien notre enquête, les résultats sont présentés puis analysés. Enfin, un projet d'action est proposé au regard de nos résultats.

REVUE DE LITTERATURE

1. L'anatomie du périnée

Connaître l'anatomie du périnée est le prérequis de l'apprentissage de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Voici donc les points élémentaires à savoir en termes d'anatomie avant d'envisager une formation à la rééducation du périnée.

Le périnée est une région musculaire en forme de losange à la base du tronc, délimitée à l'avant par la symphyse pubienne, sur ses deux côtés par les tubérosités ischiatiques et à l'arrière par le coccyx.

A l'avant du plancher pelvien, le périnée urogénital ou triangle urogénital regroupe les orifices vaginal et urétral. A l'arrière, le périnée anal ou triangle anal regroupe l'anus et son sphincter externe. Entre ces deux triangles se trouve le corps périnéal (Annexe I, Figure 1) [4, 5, 6].

1.1. Le périnée uro-génital

Le périnée uro-génital est traversé chez la femme par l'urètre et le vagin. L'espace superficiel du périnée constitue la loge des corps érectiles, soit le clitoris et les glandes vestibulaires majeures. L'espace profond contient le diaphragme uro-génital lui-même constitué du muscle sphincter de l'urètre et des muscles transverses profonds. Cet espace se fixe latéralement sur la face interne des branches ischio-pubiennes et adhère au centre tendineux du périnée. Il fusionne en avant avec le fascia supérieur du diaphragme uro-génital formant le ligament transverse du périnée [6].

1.2. Le périnée anal

Le périnée anal est traversé par le canal anal. Sous son plan cutané se trouve deux espaces appelés les fosses ischio-rectales. Le muscle sphincter externe de l'anus englobe la partie inférieure du canal anal et présente trois parties : sous-cutanée, superficielle et profonde. La partie sous-cutanée forme une lame qui entoure l'anus. La partie superficielle, située juste au-dessus, encercle le canal anal et s'insère en arrière sur le ligament ano-coccygien

et en avant sur le centre tendineux du périnée. La partie profonde du sphincter externe de l'anus est épaisse et étroitement liée au muscle pubo-rectal qui fait partie des muscles élévateurs de l'anus. Le muscle sphincter externe de l'anus assure en moyenne 15% de la pression d'occlusion du canal anal, tandis que le sphincter interne assure 85% de cette pression. La continence d'urgence est assurée par le sphincter externe aidé du muscle pubo-rectal [6].

1.3. Le corps périnéal

Le corps périnéal est une formation fibro-musculaire pyramidale située sous la peau du périnée, entre le canal anal en arrière et le périnée uro-génital en avant. Il donne insertion aux muscles élévateurs de l'anus, transverses du périnée, et bulbo-spongieux et contient des myofibrilles lisses formant le muscle recto-vaginal [6].

1.4. Les muscles de l'espace superficiel du périnée (Annexe I, Figure 3)

Le muscle ischio-caverneux naît sur la branche de l'ischium pour se terminer sur la membrane du corps caverneux. Ses fibres médiales se mêlent au muscle bulbo-spongieux. Il a pour rôle de comprimer le corps caverneux [4].

Le muscle bulbo-spongieux naît du centre tendineux du périnée. Il se termine en deux faisceaux, le faisceau postérieur qui s'insère sur les faces inférieure et latérale du corps du clitoris et le faisceau antérieur passe au-dessus de ses vaisseaux dorsaux. Ce muscle favorise l'érection du clitoris en comprimant sa veine dorsale profonde et le bulbe vestibulaire. Il abaisse le clitoris et rétrécit l'orifice vaginal [4].

Le muscle transverse superficiel est tendu transversalement de la face interne de la branche de l'ischium au corps périnéal. La contraction des deux muscles stabilise le centre tendineux du périnée et favorise l'action des muscles qui s'y insèrent [6].

1.5. Les muscles de l'espace profond

Ils correspondent au muscle sphincter de l'urètre et au muscle transverse profond. Le muscle sphincter de l'urètre entoure le tiers moyen de l'urètre et comprend le muscle uréthro-vaginal et le muscle compresseur de l'urètre. Il assure l'occlusion et l'expulsion des urines. Le muscle transverse profond est tendu transversalement de la face interne de la branche de l'ischium au corps périnéal et au vagin. Il comprime le corps caverneux [6].

1.6. Les muscles du plancher pelvien (Annexe I, Figure 4)

1.6.1. Les muscles du diaphragme pelvien

Le muscle coccygien naît de l'extrémité inférieure du sacrum pour finir sur les épines ischiatiques. Il joue un rôle dans le soutien des viscères pelviens et dans la flexion du coccyx. Les muscles élévateurs de l'anus ont également un rôle dans le soutien des viscères pelviens et assurent leur continence. Ces muscles sont le muscle pubo-rectal, qui vient des branches supérieures du pubis pour aller jusqu'au ligament ano-coccygien, le muscle pubo-coccygien venant du pubis pour se finir sur le coccyx et le muscle ilio-coccygien qui prend son origine sur l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus pour se terminer sur les bords latéraux du coccyx [4].

1.6.2. Les muscles de la paroi pelvienne

Ces muscles correspondent aux muscles piriforme et obturateur interne dont l'action principale est d'exercer une rotation latérale et d'abduction de la hanche sur l'articulation [4].

C'est l'ensemble de cette musculature (Annexe I) qui va être sollicitée lors de l'accouchement et qui peut éventuellement faire l'objet de lésions.

2. Les lésions périnéales post-accouchement

La rééducation périnéale permet, entre autres, de pallier les troubles périnéo-sphinctériens apparus dans les suites d'un accouchement ou d'une tentative d'accouchement par voie basse. Pour comprendre l'installation de ces troubles et pouvoir les traiter au mieux lors d'une rééducation, il est de mise de connaître les principales lésions périnéales liées à l'accouchement.

2.1. Les déchirures obstétricales

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) décrivent les déchirures obstétricales du périnée en quatre degrés de gravité. Ces degrés sont décrits en fonction des lésions anatomiques de la déchirure (Annexe II) [7].

La déchirure du premier degré comprend une lésion de l'épithélium vaginal ou vulvaire. La déchirure du deuxième degré englobe les lésions des muscles du périnée.

Les lésions obstétricales du sphincter de l'anus (ou LOSA) désignent les déchirures obstétricales du sphincter de l'anus. Elles sont classées en deux degrés différents, qui correspondent aux lésions du troisième et du quatrième degré. Le troisième degré, qui correspond au « périnée complet » de la classification française, compte les déchirures des sphincters anaux externes (dans le troisième degré a, moins de 50% du sphincter externe est atteint, et dans le troisième degré b, plus de 50% du sphincter externe est atteint), et les déchirures du sphincter interne (troisième degré c). Le quatrième degré ou « périnée complet compliqué » dans la classification française, est défini par une atteinte de la muqueuse rectale [7].

2.2. L'épisiotomie

L'épisiotomie est un geste chirurgical utilisé pendant l'accouchement pour agrandir la filière génitale lors de la phase d'expulsion du travail. L'épisiotomie est effectuée lorsque

la peau du périnée est distendue par la présentation fœtale et blanchit du fait d'une diminution de la vascularisation [4].

Selon les recommandations du CNGOF, il n'y a pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie dans l'accouchement normal, elle est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales. Elle peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur. Avant de la pratiquer, il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir le consentement de la femme [7].

En ce qui concerne le geste en lui-même, il existe de nombreuses techniques d'épisiotomie actuellement décrites dans la littérature. Les plus utilisées en pratique sont l'épisiotomie médio-latérale, latérale et médiane. L'épisiotomie médiane augmente le risque de LOSA comparativement à l'épisiotomie médio-latérale. Si une épisiotomie doit être réalisée, le CNGOF recommande de pratiquer une incision médio-latérale avec un angle de cicatrice d'épisiotomie d'au moins 45° (par rapport à la médiane). Pour obtenir cet angle, il faut réaliser une épisiotomie à 60° [7].

Ces déchirures périnéales peuvent être source de douleurs ou d'incontinence urinaire ou fécale.

3. Les douleurs périnéales à la suite d'un accouchement par voie basse

Pour une prise en charge complète d'une femme pour la rééducation de son périnée, il est nécessaire d'avoir des notions suffisantes concernant la douleur périnéale.

3.1. Définitions

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en des termes évoquant une lésion* » [8]. La douleur est une notion subjective et englobe les dimensions émotionnelles, affectives, cognitives et comportementales. Delavierre D., chirurgien urologue, a défini et classé les syndromes douloureux pelvi-périnéaux chroniques avec notamment [8] :

- La douleur pelvienne chronique, ressentie au niveau des structures en rapport avec le pelvis. Les douleurs sont souvent associées à des conséquences cognitives, comportementales, sexuelles et émotionnelles négatives.
- Le syndrome douloureux périnéal ou vaginal, qui est une douleur périnéale ou vaginale persistante ou récurrente associée à des symptômes évocateurs de dysfonction de l'appareil urinaire ou sexuel.
- Le syndrome douloureux vulvaire ou vulvodynie, qui correspond à un inconfort vulvaire.
- La dyspareunie, qui est une douleur génitale profonde ou superficielle, persistante ou récurrente associée à un rapport sexuel.

3.2. Dépistage de la douleur

Rigaud J., chirurgien urologue, propose un interrogatoire et un examen clinique, essentiels dans la démarche diagnostique, à réaliser chez une patiente qui se plaint de douleur pelvienne chronique, par exemple à la visite post-natale ou lors de la première séance de rééducation périnéale. L'interrogatoire sur la douleur doit faire préciser : les antécédents (personnel, médical, chirurgical), les traitements, le mode d'installation de la douleur (ancienneté, durée, circonstance), la topographie de la douleur, l'irradiation, le type (décharges, brûlures, paresthésies, tiraillement, sensation de corps étranger, tension musculaire, engourdissement), la rémission, l'éventuel réveil nocturne associé et enfin les facteurs aggravants et limitants. Il faut également rechercher des signes cliniques associés afin de préciser une éventuelle atteinte organique : signes urinaires, digestifs, gynécologiques, sexuels, cutanés, neurologiques, rhumatologiques [9].

L'examen clinique comprend : un examen neurologique (troubles sensitifs, testing), gynécologique, urogénital et cutané ainsi que des touchers pelviens (après consentement de la patiente et un climat de confiance instauré), un examen rachidien et myofascial (recherche de points douloureux) [9]. Le testing musculaire permet d'évaluer la qualité des muscles élévateurs de l'anus à l'aide de deux doigts du praticien en crochet placés sur la face postérieure du vagin au contact des élévateurs. Il est coté de 0 à 5 et permet de définir la force et la fatigabilité de ces muscles (Annexe III). Il se divise en trois phases :

un testing global puis un testing séparé des élévateurs droit et gauche afin de contrôler une éventuelle asymétrie musculaire [10].

Pour apprécier l'intensité de la douleur, il est important d'avoir une cotation de celle-ci avec une échelle visuelle analogique (EVA), une échelle numérique (EN) ou autre. Cela permet également de se rendre compte de l'efficacité des traitements, par exemple antalgiques [9].

3.3. Etudes sur les douleurs périnéales à la suite d'un accouchement par voie basse

3.3.1. *Douleur en fonction du degré de déchirure périnéale*

Les études sont nombreuses et mettent toutes en évidence le nombre important de femmes souffrant de douleurs périnéales dans les suites de leur accouchement.

Il existe après l'accouchement une augmentation significative de la fréquence et de l'intensité des douleurs périnéales après une déchirure du troisième et quatrième degré par rapport au périnée intact et à une déchirure périnéale du premier ou du deuxième degré. Les douleurs périnéales disparaissent dans la majorité des cas dans les six à huit semaines de post-partum. En revanche, il est rapporté, dans des délais de deux à six mois, deux à trois fois plus de douleurs périnéales après une extraction instrumentale [11].

L'étude de Alison J. a eu pour résultat une incidence de douleur périnéale pour le groupe « déchirure du premier et deuxième degré » supérieur au premier et au septième jour par rapport au groupe « périnée intact ». Dans le groupe « épisiotomie » et « déchirure du troisième et quatrième degré », ces taux sont encore plus élevés. Après six semaines, il n'y avait plus de différence entre les différents groupes [12].

A celle-ci s'ajoute l'étude descriptive sur 47 accouchées réalisée par Madic S. qui a retrouvé une persistance de 34,04% de douleurs périnéales dans les six à huit semaines de post-partum. A 14 semaines, 6,67% patientes étaient toujours algiques [13].

Selon une étude supplémentaire menée en 2015, 12.8% des patientes ayant eu une épisiotomie ont développé une douleur chronique liée à la lésion périnéale [7 ; 9]. Les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignaient davantage de douleur périnéale que

celles ayant conservé un périnée intact ou présentant une déchirure du premier ou deuxième degré. Trois mois après l'accouchement, cette différence n'existait plus. L'épisiotomie était également source de plus de dyspareunies dans les premières semaines de post-partum par rapport aux déchirures spontanées, mais ceci n'était plus le cas à distance [14].

3.3.2. Douleur en fonction du type de réfection du périnée

Plagnard J. a réalisé une étude sur l'influence de la technique de suture sur les douleurs périnéales, les dyspareunies et l'incontinence anale à huit semaines du post-partum. Sur 70 femmes, 42,9 % ressentait une douleur permanente au niveau de leur épisiotomie le jour de leur retour à domicile. Pour 5,7 % d'entre elles, l'épisiotomie a nécessité une consultation auprès d'un médecin après la sortie de la maternité. 37 ont évoqué avoir ressenti une douleur lors du premier rapport dont quatre qui l'ont qualifiée d'intense. Pour 21 femmes, la douleur a persisté pour les rapports suivants, et 16 n'avaient toujours pas retrouvé une sexualité normale [15].

Une méta-analyse impliquant 8184 femmes dans 16 études a été réalisée afin de montrer les effets des techniques de suture. Le surjet continu, permettant de fermer une plaie avec un seul fil noué aux deux extrémités, est associé à moins de douleur après dix jours de post-partum et favorise la réduction d'utilisation d'analgésique en cas de réalisation de surjet intradermique, contrairement aux points séparés pour suturer la peau [16]. Au contraire, une étude sur un sujet similaire, mais avec une population plus faible, menée par Valenzuela, a quant à elle montré qu'il n'y avait pas de différence significative au niveau de la douleur périnéale au deuxième jour, dixième jour et troisième mois entre les deux techniques utilisées [17]. Les techniques utilisées sont illustrées dans l'annexe IV.

4. L'incontinence à la suite d'un accouchement voie basse

4.1. L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par l'International Continence Society (ICS) comme toute perte d'urine involontaire. Parmi les types d'incontinence urinaire chez la femme, la plus fréquente est l'incontinence urinaire d'effort qui est une perte d'urine involontaire lors d'efforts physiques, d'éternuements ou de toux. La deuxième cause la plus fréquente découle de l'hyperactivité du muscle détrusor (incontinence par impériosité ou urgenturie) pour les pertes d'urine involontaires précédées ou accompagnées d'une envie urgente d'uriner. Une association des deux types peut être retrouvée, c'est l'incontinence urinaire mixte [18 ; 19].

Une étude réalisée par Borges et al. sur 332 femmes a montré que 23.5% se sont plaintes d'un type d'insuffisance urinaire après un accouchement par voie basse. Le principal type d'incontinence urinaire signalé était l'insuffisance urinaire d'effort chez la moitié de ces femmes. Les principaux facteurs de risque retrouvés sont un âge entre 35 et 64 ans, un IMC supérieur ou égal à 30 et la gestité supérieure ou égale à un [18].

Beaucoup d'études concluent à une prévalence entre 25 % et 45 % pour les femmes adultes de la population générale. Fritel X. explique que dans une population de 7949 femmes âgées de 69 à 101 ans la prévalence de l'insuffisance urinaire quotidienne est un peu plus basse chez les femmes sans enfants que chez celles ayant déjà accouché. Plusieurs études ont montré que le lien entre parité et incontinence urinaire est limité à l'incontinence urinaire d'effort ou mixte et qu'il s'affaiblit au fur et à mesure du vieillissement jusqu'à devenir non significatif après 65 ans. Malgré tout, plus de symptômes urinaires sont retrouvés après un accouchement quand la durée de l'expulsion est supérieure à 60 minutes. Le périnée complet est un facteur de risque discuté. Faltin D. a quant à lui montré dans son travail que les informations concernant l'effet de la grossesse et du mode d'accouchement sur le risque d'incontinence urinaire sont contradictoires. L'effet de l'accouchement par voie basse sur le développement d'une incontinence urinaire serait donc incertain [19, 20].

4.2. L'incontinence anale

Faltin D. a interrogé 259 femmes ayant eu un périnée complet et 281 témoins. La prévalence de l'incontinence fécale était de 13 % dans le groupe périnée complet contre 8 % dans le groupe témoin. En post-partum immédiat, l'incontinence fécale était plus fréquente après un accouchement par voie basse (essentiellement lors de forceps ou de périnée complet) plutôt que par césarienne. À distance, il n'y avait plus de différence. Dans un autre travail, il n'y avait pas de différence sur la prévalence de l'incontinence fécale dix mois après l'accouchement entre voie basse spontanée et forceps. Schraffordt a interrogé 479 primipares trois à quatre ans après leur accouchement, la prévalence de l'incontinence fécale était similaire chez les femmes accouchées spontanément, avec ventouse ou avec forceps. L'effet de la grossesse sur la continence fécale n'a pas été démontré, ni l'association entre incontinence fécale et mode d'accouchement ou incontinence fécale et parité [21].

Une étude rétrospective unicentrique sur 17 110 femmes a recherché les symptômes d'incontinence anale à l'interrogatoire associé à un examen clinique et la réalisation d'un toucher rectal afin d'évaluer le tonus de base et la contractilité sphinctérienne. L'incontinence anale a été définie comme la présence d'au moins un des symptômes suivants : incontinence aux gaz et/ou incontinence aux selles et/ou impériosité aux selles. 110 cas de périnée complet ont été diagnostiqués et analysés, et parmi eux, 50 femmes présentaient au moins un symptôme d'incontinence anale à deux mois du post-partum. 41 patientes présentaient une incontinence aux gaz, 19 des impériosités aux selles et huit une incontinence aux selles. Seul l'âge maternel plus élevé est apparu comme un facteur associé à la survenue d'une incontinence anale après un périnée complet. L'extraction par forceps et l'épisiotomie n'étaient pas significativement associées au risque d'incontinence anale à deux mois du post-partum. Les patientes présentant des symptômes d'incontinence anale après survenue d'un périnée complet avaient une durée à dilatation complète plus longue en moyenne que celles ne présentant pas ces symptômes. Le pourcentage d'incontinence anale à deux mois du post-partum était comparable pour les degrés 3a, 3b, 3c et 4 [22].

5. La rééducation périnéo-sphinctérienne en post-partum

5.1. La rééducation périnéale : intérêts, principes et recommandations de bonne pratique

Avant toute prise en charge en rééducation périnéale, un bilan rééducatif doit être pratiqué. Il comporte l'interrogatoire, l'examen clinique (inspection et palpation périnéales) ainsi que le testing (cf p.9). Ce bilan permet de mettre en place un projet de rééducation et de définir la chronologie des techniques à utiliser [10].

Les principes sont d'adapter les techniques aux déficiences repérées sur le périnée et la continence. La douleur, les capacités fonctionnelles et l'état physique sont également des domaines à considérer. Le but est de redonner aux patientes un périnée indolore avec un tonus correct afin d'obtenir un verrouillage optimal du périnée dans la vie quotidienne notamment lors des efforts. Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort [23].

Dans le post-partum, la rééducation périnéale n'est pas systématique mais est préconisée lorsque la femme présente un testing musculaire inférieur à trois. Ce sont les symptômes décrits par la patiente ou ceux dépistés lors de l'examen clinique de la visite post-natale, six à huit semaines après un accouchement, qui vont indiquer ou non une prescription de séances de rééducation. Ce n'est généralement qu'après cette consultation que les séances sont prescrites et peuvent commencer. La rééducation est interrompue lorsque la patiente juge d'une amélioration satisfaisante et suffisante ou lorsque les critères d'évaluation montrent une amélioration nette [10 ; 23].

Selon les recommandations de bonne pratique du CNGOF de 2015, la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale n'est pas recommandée (accord professionnel), ainsi que la rééducation périnéale précoce (dans les deux mois suivant l'accouchement) (grade C). En revanche, la rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles pelviens est recommandée pour traiter une incontinence urinaire, quelle qu'elle soit, persistant à trois mois du post-partum (grade A). Elle est également recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C). Il est nécessaire d'effectuer au moins trois séances guidées par un professionnel, associées à des exercices réalisés au domicile par la suite [24]. Les grades de preuves scientifiques sont expliqués dans l'annexe V.

Dans le guide pour la pratique des sages-femmes, Guillaume S. et Fabre-Clergue C. expliquent les éléments clés de la rééducation périnéo-sphinctérienne [25]. Nous détaillons à présent diverses méthodes de rééducation.

5.2. Les différentes méthodes de rééducation périnéale

5.2.1. *La rééducation manuelle*

La rééducation manuelle se base sur la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien suite à une stimulation digitale intravaginale du thérapeute. Le travail manuel permet de renforcer la tonicité des muscles du plancher pelvien et essentiellement de favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale [10 ; 25].

Pour commencer, le thérapeute place son index sur le centre tendineux du périnée et demande à la patiente de le retenir pour donner une prise de conscience de la mobilité du périnée. Ensuite, une pression manuelle intravaginale est exercée sur les muscles élévateurs de l'anus afin de favoriser une contraction de ces derniers. Il est nécessaire de vérifier que la contraction se fait uniquement grâce aux muscles du périnée et non avec les muscles parasites c'est à dire les abdominaux ou les muscles fessiers. Il est utile d'apprendre à la patiente à bien relâcher ses muscles entre chaque contraction. Des séries de contractions des muscles périnéaux sont demandées à la patiente en augmentant progressivement les notions de maintien, de non-fatigabilité et d'opposition [10].

Lorsque la patiente a récupéré un tonus musculaire optimal, les exercices sont utilisés au quotidien lors de différents efforts (toux, éternuements, abdominaux). Le principe consiste à vérifier le bon verrouillage périnéo-sphinctérien, avant et pendant l'effort, et à obtenir une automatisation de ce geste pour qu'il devienne un réflexe [10 ; 25].

5.2.2. *Le biofeedback*

Le biofeedback permet le contrôle d'une contraction insuffisante, mal adaptée et de l'améliorer ou de la corriger. C'est une technique de rétrocontrôle instantanée, visuelle

ou sonore. Une sonde intravaginale permet d'enregistrer la contraction périnéale et de la transmettre sur un écran. L'outil doit toujours comporter une autre voie d'enregistrement avec des électrodes de surface pour contrôler la non-participation des muscles parasites. L'avantage est que les patientes peuvent visualiser sur un écran l'intensité de la contraction périnéale et donc de contrôler leur activité musculaire. Cela favorise la prise de conscience de la contraction des muscles. Il s'ensuit un renforcement de ces muscles ainsi qu'une perception des différents types de contraction. Les appareils permettent de créer des objectifs à atteindre et donc d'augmenter la motivation [10 ; 23].

5.2.3. *L'électrostimulation*

L'électrostimulation permet un réveil musculaire notamment en cas de testing égal à zéro. Elle est utilisée passivement en première intention, c'est-à-dire sans contraction musculaire associée, puis progressivement associée à un travail actif. La patiente doit alors accompagner la contraction effectuée par le stimulateur. Ainsi cette méthode peut être couplée au biofeedback. Dans ce cas, le travail s'effectue en quatre temps : d'abord une impulsion est générée par le stimulateur, accompagnée ou pas par la patiente, ensuite un temps de repos, puis la patiente effectue une contraction volontaire qu'elle contrôle sous biofeedback, pour finir par du repos. La patiente doit ressentir le passage du courant sans aucune douleur. L'intensité de ce courant est augmentée progressivement et peut changer pendant la séance et entre deux séances. Cependant l'application d'un courant peut provoquer un retard de régénération nerveuse or les lésions nerveuses sont fréquentes après l'accouchement. Il est donc préférable d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation du post-partum [23].

Globalement, l'électrostimulation consiste à stimuler les fibres nerveuses périphériques à l'aide d'impulsions électriques brèves transmises par des électrodes pour provoquer une contraction musculaire des muscles périnéaux. Cette méthode permet de réduire les contractions involontaires du détrusor et d'augmenter la compliance vésicale. Il y a également une action sur le plancher pelvien avec une amélioration de l'activité neuromusculaire, de la trophicité vaginale, ainsi qu'une action antalgique sur les déchirures et épisiotomies [23].

5.2.4. *La gymnastique abdominale hypopressive (GAH)*

La GAH englobe un ensemble d'exercices posturaux. Elle permet de diminuer une pression intra-abdominale pour générer une ascension viscérale et ainsi une activité réflexe de l'abdomen et du périnée. Les postures à visée hypopressive ont pour objectif la tonification du plancher pelvien et de la sangle abdominale ainsi que la normalisation des tensions des muscles antigravitaires [25 ; 26].

L'exercice hypopressif consiste à générer une pression intra-abdominale et thoracique négative par le maintien d'une posture anté-gravitaire pendant 25 secondes. Cette pression est associée à une apnée expiratoire en ouvrant le thorax d'environ dix secondes accompagnée d'une abduction des omoplates (pousser les coudes vers l'extérieur dans la direction prolongée des bras). Cela provoque une série de réactions systémiques à court terme : une relaxation posturale diaphragmatique, l'activation tonique du périnée et de la sangle abdominale et une série de réponses physiologiques à plus ou moins long terme sur le plan postural, vasculaire et métabolique. A long terme, son application journalière (à raison de 20 minutes par jour pendant six mois) conduit à une augmentation du tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien [25].

5.2.5. *Concept abdo-périnéo-MG®*

Le concept Abdo-Périnéo-MG®, développé par le kinésithérapeute Guillaume G., découle de la technique du souffle « Augmentation du Flux Expiratoire ». C'est une rééducation thoraco-abdomino-expiratoire qui permet d'obtenir une sangle abdominale efficace pour transmettre correctement les pressions dans l'enceinte abdomino-pelvienne et ainsi préserver le périnée. Cette rééducation est secondaire à celle des abdominaux. Elle permet d'associer le souffle régulé dans un embout spécifique à une stimulation périnéo-sphinctérienne. Une contraction abdominale efficace, couplée à une expiration active, protège le périnée des excès pressionnels et entraîne de manière réflexe une contraction périnéale. L'objectif est de récupérer la tonicité des muscles périnéaux et par la suite de les réintégrer dans de bons réflexes abdomino-périnéaux [25 ; 27 ; 28 ; 29].

Cette technique s'effectue donc à l'aide d'un appareil comportant un embout d'exsufflation, un capteur de souffle et un stimulateur. L'embout d'exsufflation permet de

diminuer les contraintes à l'écoulement de l'air ce qui diminue les pressions intra-thoracique et intra-abdominale. Le stimulateur relié par des électrodes à la sangle abdominale assure l'éveil proprioceptif des fibres musculaires abdominales. L'exercice commence par une expiration thoracique pour se terminer sur un temps de quatre à cinq secondes par une rétroversion du bassin. Les exercices s'effectuent en position allongée pendant dix minutes et assise pendant cinq minutes. La patiente souffle dans un sifflet devant lequel est placé un appareil qui capte le souffle et provoque une électrostimulation abdominale à l'aide d'électrodes le temps du souffle. Le souffle doit être régulier pour permettre un bon travail des abdominaux. L'électrostimulation est une aide à la prise de conscience de l'exercice, elle est arrêtée lorsque la patiente effectue correctement les exercices avec le sifflet seulement. Après un mois de pratique de la méthode abdominale, l'électrode périnéale peut être utilisée pour une prise de conscience de la contraction périnéale lors des exercices tout en respectant la pudeur [25 ; 27 ; 29].

5.2.6. *Méthode ProPriocePtive Pelvi-Périnéale « Log Surf »® 5P*

Le but de cette méthode de rééducation développée par la sage-femme C. Fabre-Clergue est de permettre à la patiente de retrouver un contrôle volontaire des différents muscles du périnée afin de les rendre plus performants. Cette technique de rééducation non invasive (sans toucher vaginal ni sonde) 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. Cette 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 du périnée postérieur [25].

5.2.7. *Connaissance et Maitrise du Périnée (CMP)*

La méthode Connaissance et Maitrise du Périnée, créée par la sage-femme D. Trinh Dinh, est basée sur des principes de respect et d'écoute de la femme. Un questionnaire relevant les symptômes et les habitudes de vie de la patiente est réalisé ainsi qu'un bilan

anatomique et fonctionnel du petit bassin et des viscères sus-jacents (observation et toucher vaginal). Des élongations ou déchirures musculaires et des prolapsus sont recherchés. De même des pressions thoraco abdominales à l'effort (PTAE), qui sont une des causes de prolapsus et d'incontinence à l'effort, sont diagnostiquées grâce à cette méthode. Ces dernières sont cotées de zéro à cinq, et elles sont considérées comme pathologiques si inférieures à quatre. Lors de la première séance, le praticien reprend avec la patiente la description anatomique du périnée ainsi que le rôle de chaque muscle [25 ; 27 ; 29].

Avec la méthode CMP, il s'agit de retrouver un état de physiologie en supprimant des facteurs déclenchants ou aggravants. La femme apprend des exercices en utilisant des visualisations incluant des repères anatomiques bien précis qui permettent le travail de la zone considérée grâce à des images symboliques (petite grotte, château, vagues, pont-levis...). Le praticien caractérise chaque zone vaginale par une image. Ces images mentales vont être visualisées par la patiente permettant ensuite par ce processus de contracter la zone demandée. Le thérapeute peut, par le toucher vaginal, vérifier que l'image visualisée a permis uniquement la mobilisation du muscle ciblé. Ces exercices de visualisation permettent de travailler les muscles du plancher pelvien et de développer aussi une perception sensitive des différentes zones vulvo-vaginales. Une correction est ensuite établie grâce à des mouvements de remontée des organes pelviens, le but étant d'amener la femme à des automatismes dans sa vie quotidienne. Ceci constitue une prévention et un traitement modérateur des pesanteurs, prolapsus, incontinenances urinaire et anale à l'effort [25 ; 27 ; 29].

Cette rééducation a pour objectif principal d'optimiser l'autonomie périnéale. Le travail personnel de la femme est donc important. La perception des différentes zones musculaires requiert du temps et de l'entraînement [29].

5.2.8. L'Approche Posturo Respiratoire (APOR)

Développée par Bernadette de Gasquet, l'Approche Posturo Respiratoire s'appuie sur l'observation du mouvement, la conscience du corps et l'analyse de la fonction périnéale. Elle met en avant les liens qui existent entre la posture, la respiration et le périnée. Elle s'intéresse aux pressions abdominales, mini-traumatismes quotidiens périnéaux et

abdominaux responsables des troubles de la statique pelvienne (IUE, hémorroïdes, prolapsus...). Elle propose des adaptations posturales pour tous les moments de la vie afin de limiter les pressions sur le périnée et les conséquences délétères qui en résultent. Il s'agit de propositions concrètes pour la gestion des efforts au quotidien, l'accompagnement de l'accouchement, l'optimisation des portages, la pratique des abdominaux. L'APOR utilise des accessoires pour aider à corriger et soutenir la posture (tabouret, ballon, galette, coussin à micro billes...) [25].

5.2.9. *La méthode « Périnée et Mouvement »*

Cette méthode créée et développée par B. Calais-Germain, kinésithérapeute, met en jeu le périnée dans le corps entier en mouvement dans un but d'amener des formes variées de sollicitation du périnée. Six aspects sont mis en œuvre [25] :

- La reconnaissance pelvi-périnéale à partir d'un travail sensoriel régional.
- La tonification musculaire des muscles du plancher pelvien, détente, souplesse, coordination avec la respiration et l'équilibre postural.
- Les changements fréquents de position modifiant l'effet de la pesanteur sur les viscères : mobilisation des fascias, pour un éveil proprioceptif et une activation de la circulation.
- La mise en œuvre de pressions/dépressions sur le périnée pour reconnaître les contrastes de pression, et adapter la réponse tonique du plancher pelvien.
- La mise en étirement du périnée par mouvements de hanche/rachis qui mobilisent le bassin, pour tonifier les muscles, et pour privilégier un travail des régions du plancher pelvien.
- Et enfin la mobilisation du bassin par des mouvements asymétriques de hanche/rachis, pour asymétriser la tonification musculaire, et pour plus de reconnaissance sensorielle.

Cette méthode est complémentaire à d'autres notamment la manuelle, le biofeedback et l'électrostimulation. Elle prépare l'inclusion du périnée dans les actions quotidiennes, sportives, professionnelles [25].

5.2.10 L'eutonie en rééducation postnatale

L'eutonie, créée par G. Alexander, traduit « *une tonicité harmonieuse équilibrée et en adaptation constante, en rapport juste avec la situation ou l'action de vivre* ». C'est une approche globale s'intéressant aux sensations du corps. Le but est d'harmoniser l'ensemble de la tonicité, dont celle du périnée. Il s'agit le plus souvent d'apprendre à le relâcher afin qu'il retrouve sa mobilité, sa souplesse et sa fonctionnalité. Le thérapeute propose des mouvements ou situations qui ressemblent à celles du quotidien et le travail consiste à mettre en lien le périnée avec les différentes parties du corps, surtout celles qui sont responsables des PTAE [25 ; 29].

L'objectif du travail est de retrouver un périnée fonctionnel. Il ne doit pas être isolé dans le bassin, mais intégré au sein de sa corporalité. La femme est éveillée à la perception de son corps, de ses sensations. La patiente doit avoir une conscience périnéale, pour ensuite percevoir les variations toniques du périnée et le retonifier [29].

Cette approche invite à reconsidérer ses propres fonctionnements, réduisant l'automatisme au profit de la conscience. Pratiquer l'eutonie demande une véritable compétence et connaissance de soi.

Différents types d'exercices, permettant un travail en mouvement sur le tonus global corporel vont être effectués. L'objectif est de diminuer les tensions musculaires dans leur globalité, tendre vers une statique ajustée, libérer le diaphragme et disposer de cette force antigravitaire. Le travail sur la statique et les différents appuis du corps va permettre d'éviter de faire porter les efforts sur le périnée. Les exercices se font par des mouvements, des postures, des étirements, tapotements dans diverses positions : debout, assise, à quatre pattes, avec un ballon. Le but est la prise de conscience de la mobilité du bassin. S'il y a des symptômes, il faut les entendre pour aller vers la physiologie par la prise de conscience corporelle globale. La patiente s'autonomise et devient consciente de son fonctionnement [25 ; 29 ; 30].

Les méthodes de rééducation sont nombreuses et nécessitent une écoute attentive et un travail approfondi avec la patiente. Il est donc important d'avoir une formation solide pour la pratiquer.

6. Les compétences des sages-femmes en termes de rééducation

6.1. Code de la santé publique et de déontologie des sages-femmes

Selon les articles L4151-1 et L4151-3 du code de la santé publique, « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance notamment des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* ». La rééducation périnéale fait donc partie de ses missions [31].

« La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. En cas de pathologie maternelle, pendant les suites de couches, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques » [31]. La sage-femme n'est donc pas en mesure d'assurer en autonomie la prise en charge d'une femme qui présente des troubles périnéaux pathologiques. Dans ce cas, la sage-femme devra adresser la patiente à un médecin en vue d'un bilan uro-gynécologique complet.

La sage-femme doit donc pouvoir évaluer si la situation de la patiente est pathologique ou non. Dans ce cas-là, la sage-femme doit référer la patiente à un médecin pour qu'il prescrive des séances de rééducation. En cas de situation pathologique, la sage-femme peut pratiquer la rééducation du périnée, pour toute femme ayant déjà accouché, même longtemps après, à condition que la patiente soit adressée par un médecin et ait une prescription de sa part [32].

Selon l'article R.4127-318 du code de la santé publique, « *la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie pendant la période postnatale* ». Le champ de compétence autonome de la sage-femme pour la rééducation périnéale est donc limité à la femme en bonne santé [33].

« La sage-femme est autorisée à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ». Elle ne peut donc pas être pratiquée chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant [2].

L'arrêté du 27 juin 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, « *les sages-femmes sont autorisées à prescrire à leurs patientes les dispositifs médicaux suivants : une sonde ou une électrode cutanée périnéale, un électrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale* » [34].

6.2. Cotations des actes de la sage-femme

Les nouvelles cotations prévues à l'Avenant 4 à la Convention sont applicables depuis le 10 février 2019. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels établit la liste de cotation des actes cliniques obstétricaux pris en charge par l'Assurance Maladie [35].

Concernant la « rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback », les lettres clés sont « SF » (actes pratiqués par une sage-femme) avec un coefficient de 7.5 (soit 21 euros la séance). Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par la sage-femme pendant la séance à des fins de rééducation. La prise en charge par l'assurance maternité est de l'ordre de 100% pour toute rééducation périnéale entreprise dans les trois ans qui suivent l'accouchement. Pour une rééducation hors grossesse ou à distance de l'accouchement (au-delà de trois ans après) la prise en charge de l'assurance maladie est à hauteur de 70% au titre de l'assurance maladie. La durée des séances est « *de l'ordre de trente minutes* » et la sage-femme au cours de la séance de rééducation se consacre exclusivement à sa patiente. Le nombre de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne est fonction de l'évolution du traitement rééducatif. Il était nécessaire d'obtenir une entente préalable auprès de l'assurance maladie au-delà de 30 séances, depuis le 14 avril 2012, il n'existe pas un nombre donné de séances de rééducation périnéale à exercer et donc il n'y a pas lieu de faire la demande d'une entente préalable [35 ; 36].

7. La formation initiale à la rééducation

7.1. Programme des études en sciences maïeutiques

La formation de sage-femme commence avec la première année commune des études de santé (PACES) comportant des unités d'enseignement communes aux filières de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique. Les études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme se poursuivent par deux autres années en premier cycle et deux années en deuxième cycle, soit cinq années d'étude en tout. Le premier cycle donne le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Le deuxième cycle permet l'acquisition d'une formation approfondie en sciences maïeutiques [37 ; 38].

La formation initiale a pour objectif l'acquisition des connaissances scientifiques et pratiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Les enseignements sont organisés par disciplines sous forme d'unités d'enseignements en accord avec les objectifs de la formation et les compétences générales à acquérir. Il y a les unités d'enseignement du tronc commun et celles librement choisies par l'étudiant [38].

L'enseignement comprend un tronc commun permettant d'obtenir les compétences et les connaissances nécessaires pour communiquer, dépister, prévenir, établir un diagnostic, concevoir une proposition thérapeutique et réaliser les soins adaptés. Les compétences spécifiques et transversales s'acquièrent en cours mais aussi au travers de stages cliniques réalisés en établissement de santé ou en milieu extrahospitalier (exercice libéral, centre de protection maternelle et infantile). Les stages englobent les périodes pré, per et post-natales, le suivi gynécologique et la planification familiale [38]. Les stages en post-partum permettent donc, en théorie, d'assister et de participer à des séances de rééducation périnéale.

Dans ces unités d'enseignement, on retrouve des objectifs que doivent atteindre les étudiant.e.s sages-femmes concernant la rééducation périnéale. Notamment dans le domaine de l'obstétrique où ils.elles doivent être capables de « *dépister et participer à la prise en charge des patientes présentant des complications en suite de couche* ». Il y a également le domaine de la gynécologie et santé génésique des femmes dont le but est

« d’acquérir des connaissances permettant l’apprentissage de la rééducation périnéale, favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes ». Les objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues sont de *« dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques dont les pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux »* [38].

La formation permet l’acquisition de compétences et de connaissances pour décider des actions adaptées au soutien, au maintien et à la restauration du processus physiologique de la maternité, allant de la grossesse au post-partum. Elle permet en outre de s’engager dans la prévention de la santé des femmes [38]. Les séances de rééducation requièrent précisément des compétences en lien avec la prise de décision et la prévention.

Bien qu’il existe un programme défini pour la formation initiale des sages-femmes, une grande liberté est laissée aux écoles pour ce qui concerne l’apprentissage de la rééducation. En effet, concernant précisément la formation à la rééducation périnéale, le nombre d’heures d’enseignement, le contenu exact de la formation théorique, les méthodes pédagogiques et d’évaluation pour cet enseignement ainsi que la durée de stage ne sont pas précisés dans les arrêtés qui définissent le programme des études en sciences maïeutique. La formation à la rééducation périnéale est donc variable d’une école à une autre.

7.2. Le sentiment de compétence chez l’apprenant

Avant de terminer cette partie sur la formation initiale des sages-femmes, il nous a semblé important de parler du sentiment de compétence de l’apprenant. Ce concept est expliqué par Bandura dans son ouvrage [39]. Il introduit ce sentiment comme la croyance des gens en leur capacité à produire des réalisations données. Bandura définit donc le sentiment de compétence comme la croyance d’un individu dans ses capacités à organiser et à réaliser une tâche dans des situations et des contextes spécifiques. Selon cette théorie, l’appréciation de l’efficacité se développe et se modifie tout au long de la vie à partir de l’influence des modèles observés, des encouragements de l’entourage et de l’expérience vécue qui serait la source la plus importante à l’origine de ce sentiment. C’est par sa capacité à réfléchir sur soi-même, sur la pertinence de ses pensées, de ses actions et sur

l'estimation de ses forces et de ses faiblesses dans une situation donnée qu'un individu est en mesure de formuler un jugement sur ses propres compétences [39 ; 40].

Bandura explique également dans son travail que la mesure du sentiment d'auto-compétence se base sur différents niveaux d'exigence. Il est difficile de créer un outil en soi pour mesurer son efficacité. Il propose donc une échelle de 100 points pour que les personnes puissent mesurer leur perception d'efficacité personnelle. Cette échelle commence alors à 0 « Je ne sais pas le faire », puis continue par le biais intermédiaire du degré d'assurance 50 « Je suis moyennement certain de pouvoir le faire », et finit par une assurance complète à 100 « Je suis certain que je peux le faire ». Un format de réponse plus simple peut être également utilisé. Il conserve la même structure d'échelle et les mêmes descripteurs en utilisant des intervalles allant de 0 à 10. Mais l'échelle allant de 0 à 100 a une plus grande prédiction de la performance [39].

La partie à venir décrit la population et la méthode de l'étude qui a été faite pour répondre aux questions suivantes :

Comment les futures sages-femmes sont-elles formées à la rééducation périnéale durant leurs cours et durant leurs stages ? Se sentent-elles prêtes à pratiquer des séances de rééducation à l'approche de l'obtention de leur diplôme d'Etat ?

POPULATION ET METHODE

1. Population

La population cible de l'étude correspondait à l'ensemble des étudiant.e.s sages-femmes inscrit.e.s en dernière année de formation initiale dans une des 32 écoles de sages-femmes de France métropolitaine, soit environ 941 étudiant.e.s [3].

L'échantillon de l'étude :

Les critères d'inclusion étaient :

- Être étudiant.e sage-femme inscrit.e en deuxième année de formation approfondie en sciences maïeutiques, soit en cinquième année.
- Avoir fini les enseignements théoriques de la dernière année d'étude (cours magistraux, enseignements dirigés, travaux pratiques).

Les critères d'exclusion étaient :

- Les étudiant.e.s sages-femmes inscrit.e.s en deuxième année du deuxième cycle ayant encore des enseignements théoriques prévus lors du dernier semestre de l'année universitaire en cours
- Les étudiant.e.s sages-femmes ayant redoublé au moins une fois.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive transversale à visée étiologique a été réalisée.

2.2. Les objectifs

L'objectif principal était de faire un état des lieux de la formation théorique à la rééducation périnéale.

Les objectifs secondaires étaient :

- Faire un état des lieux de la formation pratique à la rééducation périnéale
- Evaluer le sentiment de compétence des étudiant.e.s sages-femmes de France métropolitaine sur la rééducation périnéale

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le type de formation théorique enseigné sur la rééducation périnéale.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le type de formation pratique enseigné sur la rééducation périnéale.
- Le taux de sentiment de compétence sur l'échelle proposée par Bandura.

2.4. Déroulement de l'étude et recueil de données

Mode d'intervention :

L'administrateur de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) de l'école de Clermont-Ferrand a été sollicité pour envoyer un questionnaire informatique aux étudiant.e.s sages-femmes de France sur leur adresse mail étudiante. L'investigatrice de cette étude l'a personnellement envoyé aux étudiant.e.s sages-femmes de son école. Une lettre explicative de l'étude a été jointe au questionnaire (Annexe VII).

Compte tenu du faible taux de participation, l'investigatrice a ensuite appelé le secrétariat des écoles de sages-femmes d'Angers, Bordeaux, Brest, Lille, Nancy, Nantes, Poitiers, Rennes et Rouen sachant que les étudiant.e.s de ces écoles n'avaient plus de cours théoriques au dernier semestre. L'appel avait pour but d'expliquer l'étude et de solliciter leur aide pour l'envoi du questionnaire aux étudiant.e.s de l'école concernée.

Un courriel explicatif de l'étude et le questionnaire ont en parallèle été adressés au bureau de l'ANESF pour que le questionnaire puisse être diffusé à tous les étudiant.e.s éligibles. De plus, nous avons pu compter sur l'aide de certain.e.s étudiant.e.s de différentes écoles qui ont bien voulu transférer le questionnaire à des étudiant.e.s sages-femmes.

Mode de recueil des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne sur la plateforme RedCap. Ce questionnaire anonyme a été envoyé aux étudiant.e.s sages-femmes sur leur adresse mail étudiante.

Saisie des données :

Les questionnaires complétés ont été conservés sur la session personnelle de l'investigatrice de la plateforme qui a permis leur élaboration (RedCap). Cette base de données n'est pas accessible au public. Pour y accéder il est nécessaire d'être un investigateur. De plus, le compte personnel de la plateforme RedCap est sécurisé par un mot de passe.

Les données ont ensuite été retranscrites sur un tableur (Excel) et sur un logiciel de statistiques (Epi Info) afin de procéder aux analyses.

2.5. L'analyse statistique des données

La plateforme RedCap a permis de réaliser certains calculs directement (moyennes, écart-types et médianes pour les variables quantitatives et fréquences pour les variables qualitatives) puis un logiciel de statistiques (Epi Info) a été utilisé pour réaliser les calculs statistiques.

Pour l'étude, la valeur de la p-value (p) choisie a été de 0.05. Lorsque les résultats étaient inférieurs à cette valeur, ils étaient statistiquement significatifs.

La signification du coefficient de corrélation (r) choisie pour le test de Pearson est la suivante :

- R de 0 à 0.2 = pas de corrélation
- R de 0.2 à 0.5 = corrélation faible
- R de 0.5 à 0.7 = corrélation modérée
- R de 0.7 à 1 = corrélation forte

Pour étudier la relation entre les variables quantitatives suivantes : « nombres d'heures d'enseignement reçues » et « niveau de compétence acquis perçu par les étudiant.e.s grâce à l'enseignement sur la rééducation périnéale », « nombre de bilan initial de séance de rééducation périnéale réalisé » et « sentiment de capacité d'effectuer une séance de rééducation périnéale une fois le diplôme obtenu », « nombre de séance de rééducation périnéale réalisé » et « sentiment de capacité d'effectuer une séance de rééducation périnéale une fois le diplôme obtenu », le test de Pearson a été réalisé afin de quantifier le coefficient de relation.

2.6. Aspects éthiques et réglementaires

2.6.1. *Avis des comités consultatifs*

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Une déclaration a été faite auprès du CIL (Correspondant Informatique et Liberté) et du DPD (délégué à la protection des données) du CHU de Clermont-Ferrand du fait que le questionnaire comprenait plusieurs questions ouvertes.

L'étude a respecté les dispositions du règlement européen de protection des données personnelles (RGPD) ainsi que la loi informatique et libertés.

Un accord du directeur de ce mémoire a été recueilli pour avoir l'autorisation de distribuer le questionnaire de l'étude.

2.6.2. *Information et consentement*

Dans la lettre explicative jointe au questionnaire, les étudiant.e.s sages-femmes ont pu trouver les coordonnées de l'investigatrice, la description de l'étude, sa justification, son déroulement, l'information à la confidentialité des données et à la mise en pratique du secret professionnel.

De plus, les étudiant.e.s sages-femmes ont eu connaissance de leurs droits d'accès et de rectification, de leur liberté et de leur consentement.

La participation à l'étude reposait uniquement sur le volontariat des étudiant.e.s sages-femmes. Ils avaient la possibilité de se retirer à tout instant.

2.6.3. *Anonymat*

Aucune donnée nominative n'étant requise pour cette étude, l'anonymat a été conservé.

RESULTATS

1. Présentation de l'échantillon

95 questionnaires ont été remplis et reçus sur l'ensemble des questionnaires diffusés auprès des étudiant.e.s sages-femmes en deuxième année de deuxième cycle de la formation initiale de sage-femme.

Le taux de participation était de 31.77%, avec la participation d'étudiant.e.s de 11 écoles de sages-femmes françaises qui comportent au total 299 étudiant.e.s inscrit.e.s. Le taux de participation le plus fort correspond à celui de l'école de l'investigatrice (Figure 1).

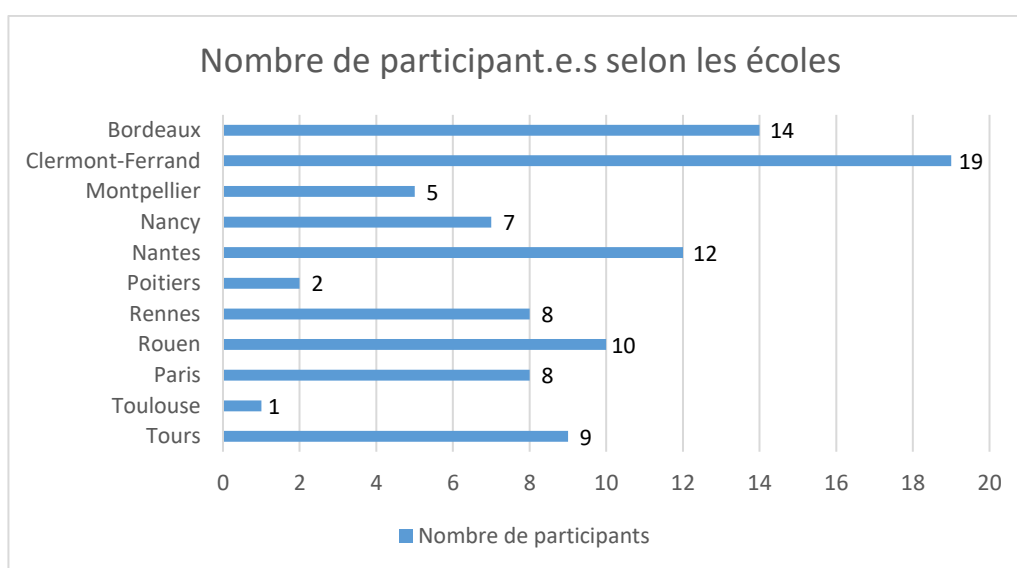


Figure 1 : Nombre de participant.e.s à l'étude selon les écoles de sages-femmes

L'âge moyen de la population de l'étude était de 23.5 ans avec une étendue allant de 21 à 39 ans.

2. Les enseignements sur la rééducation périnéale

Sur les 95 étudiant.e.s ayant participé, 72 (soit 75,8%) ont bénéficié uniquement de cours théoriques (cours magistraux) sur la rééducation périnéale. Aucun.e n'a reçu uniquement de travaux pratiques (TP) pendant le cursus, six (soit 6.3%) disent avoir reçu les deux types d'enseignements, théorique et pratique, et 15 personnes (soit 15.8%) ont répondu ne pas avoir eu de cours.

Les cours pratiques sur la rééducation périnéale pendant le cursus sont répartis sur les quatre années d'études de sages-femmes, avec une prédominance de cours théoriques en DFASMa1 (4ème année) (Figure 2). Parmi les six étudiant.e.s ayant bénéficié de travaux pratiques sur la rééducation périnéale certain.e.s ont eu l'occasion de faire des jeux de rôle, des entrainements sur mannequin et une séance d'eutonnie.

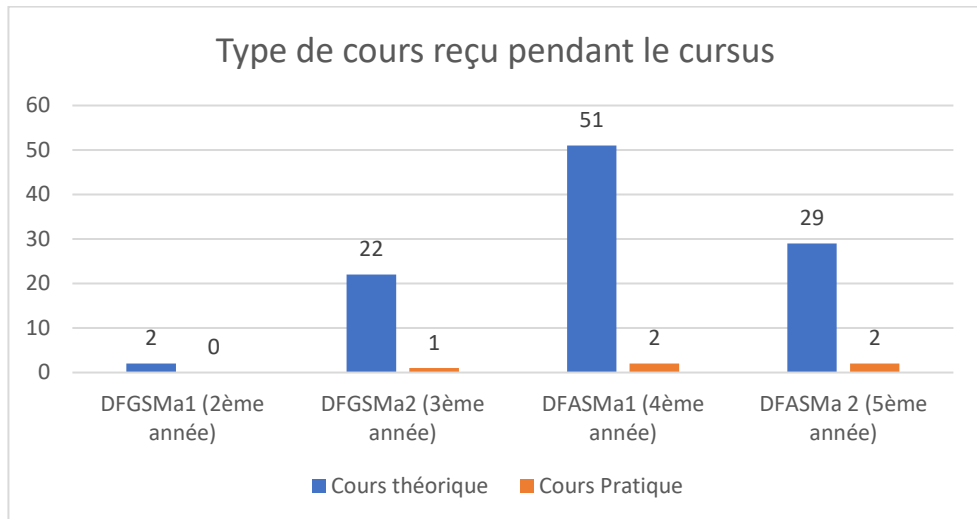


Figure 2 : Répartition des cours théoriques et des travaux pratiques durant les quatre années d'étude

Le nombre d'heures de cours est inégal, avec une grande majorité d'étudiant.e.s qui ont reçu moins de quatre heures d'enseignements à ce sujet (Figure 3).

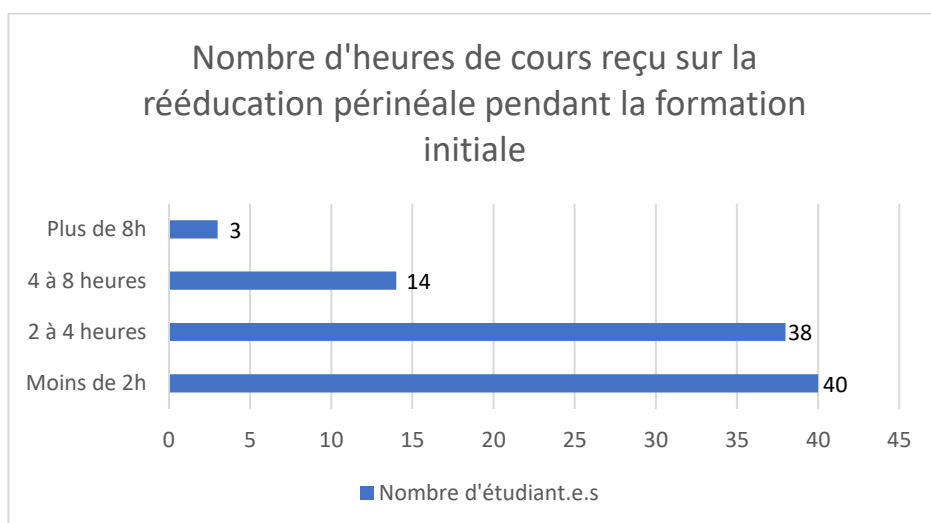


Figure 3 : Nombre d'heures de cours sur la rééducation périnéale pendant la formation initiale

Parmi les 95 personnes interrogées, 22 (soit 23.2%) ont trouvé que ce volume horaire était suffisant, et 73 (soit 76.8%) n'ont pas trouvé ce volume horaire suffisant.

Les personnes ayant répondu que ce volume horaire n'était pas suffisant ont pu justifier leur réponse. Les principales idées ressorties sont les suivantes :

18 (soit 24.7%) ont dénoncé le manque de cours spécifiques ou des cours trop brefs. Voici quelques-unes de leurs remarques à ce sujet :

- « *Nous n'avons pas eu de réels cours sur les méthodes détaillées* »
- « *Apport théorique minimaliste, pas du tout suffisant pour savoir pratiquer à l'issue du diplôme... et pas de TP pour se familiariser avec le matériel* »,
- « *Les cours théoriques ne sont pas assez poussés (aucun exemple d'exercices)* »
- « *Cours très généraliste sur les troubles périnéo-sphinctérien avec une petite introduction à la rééducation.* »
- « *Cours intitulé rééducation du périnée finalement sur la globalité des actes en libéral uniquement quelques phrases pour expliquer rapidement la rééducation* »
- « *Théorie sans exemple de prise en charge* »
- « *C'était uniquement de la théorie et une évocation brève des différentes techniques possibles sans pour autant nous apporter de réelles connaissances.* »
- « *La rééducation périnéale a été abordée une fois, rapidement. Il est d'ailleurs difficile de parler de "cours" mais plutôt de remarques faites en fin de cours.* »
- « *Le seul cours que nous avons eu permet d'aborder ce qu'est en gros la rééducation mais pas de pouvoir la pratiquer en sortant de l'école* »
- « *C'est tellement théorique et vu rapidement (30min) que je n'ai rien compris, je ne me représente pas du tout comment se déroule la rééducation, ce qu'on est censé ressentir etc. Je n'ai retenu que le mot "pont levis" c'est tout.* »

39 (soit 53.4%) ont exprimé leur souhait d'avoir plus de travaux pratiques dans le cadre de leur formation à l'école :

- « *Découverte, aucune pratique* »,
- « *Trop peu de temps, trop théorique, aucune pratique et aucune mise en situation* »
- « *Un apport pratique sous forme de TP aurait permis de compléter la formation* »
- « *Le volume horaire de pratique est insuffisant* »

- « *Approfondir avec des cas cliniques / TP de simulation serait nécessaire* »
- « *Il faudrait je pense en tout 4h : 1h théorique + 3h de pratique* »

Sept (soit 9.6%) ont énoncé leur sentiment par rapport à l'exercice de la rééducation périnéale :

- « *Je pense avoir de grosses lacunes dans le domaine et ne me sens pas capable de pratiquer la rééducation seule suite à ma formation initiale* »
- « *La rééducation périnéale est une part importante de l'activité sage libérale. Donc il est primordial d'être plus formée sur le sujet.* »
- « *Manque de cours théorique, actuellement en dernière année, sans formation complémentaire je ne me sens pas capable d'effectuer seule de la rééducation...* »
- « *Une fois diplômée je ne suis pas prête à animer une séance de rééducation. On n'aborde pas assez ce sujet durant notre formation.* »
- « *Pas assez formée, je ne me sens pas prête pour pratiquer* »
- « *Je serais incapable de mener une rééducation du périnée.* »

Sept (soit 9.6%) des étudiant.e.s mettent en avant la problématique des cours non obligatoires :

- « *Pratique de l'eutonie en option uniquement et pas d'autre approche pratique* »
- « *Aucun cours sur la rééducation du périnée, c'est une unité d'enseignement optionnelle qu'on peut prendre en 5ème année.* »
- « *Il y a une option en 5ème année mais qui n'est pas accessible à toute la promo car les places sont limitées mais nous n'avons pas de cours à proprement parlé sur la rééducation du périnée en dehors de cette option* »

Les 22 participant.e.s ayant trouvé ce volume horaire suffisant ont aussi pu expliquer leur réponse :

- « *Au niveau théorique, on a eu assez de cours* »
- « *En théorie apport suffisant. Une présentation des moyens non manuels pourrait être appréciée* »
- « *La rééducation périnéale s'apprend sur le terrain* »
- « *Nous allons pratiquer en stage libéral* »
- « *Pas de souhait d'exercice libéral ou de consultation dans l'immédiat* »
- « *Le cours était top et dispensé par quelqu'un de compétent* »
- « *La formation se fait principalement en stage* »
- « *Il faut surtout compléter la formation pratique mais au niveau théorique, on a vite fait le tour de ce qu'il faut savoir* »

3. La pratique de la rééducation périnéale durant les stages

La répartition du nombre de bilan initial complet (anamnèse + examen clinique), qui précède l'initiation de la rééducation périnéale effectué par les étudiant.e.s, est illustrée dans le figure 4.

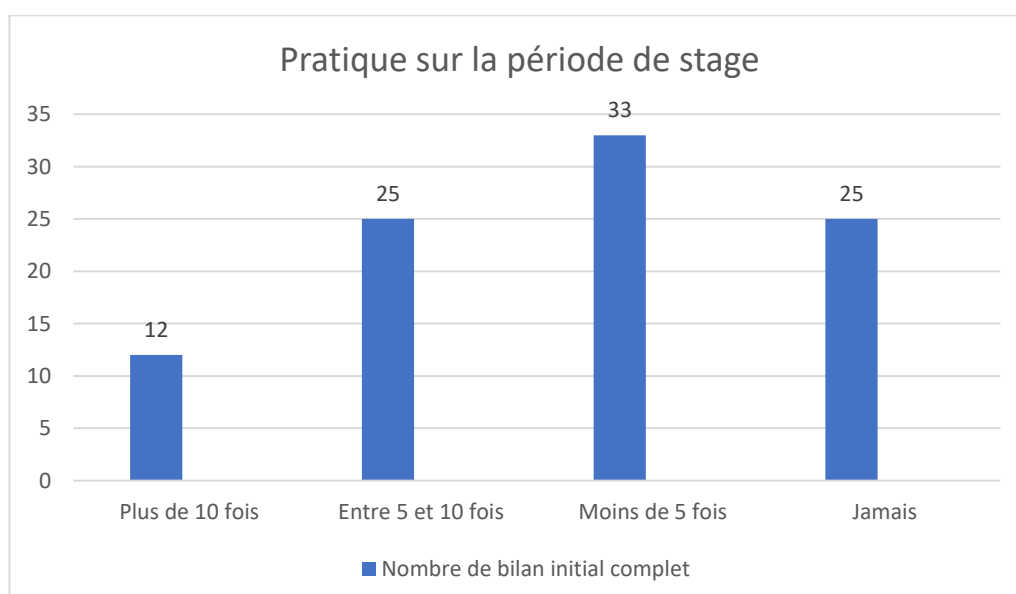


Figure 4 : Nombre de bilan initial complet effectué durant les stages

La figure 5 représente le nombre de séances de rééducation périnéale en elle-même, tout type de rééducation confondue, pratiquée par les étudiant.e.s.

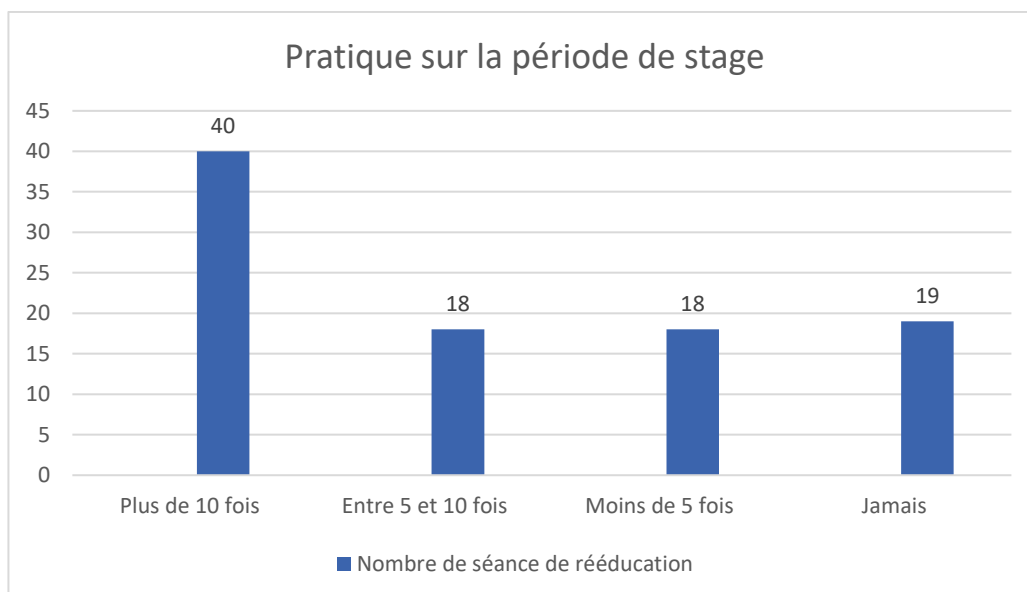


Figure 5 : Pratique de la rééducation périnéale durant les stages

Concernant les techniques de rééducation du périnée, sur le 76 étudiant.e.s ayant réalisé des séances, la rééducation manuelle est majoritairement pratiquée. En effet 66 étudiant.e.s (soit 86.8%) ont répondu l'avoir réalisée en stage, 38 (soit 50%) ont utilisé la méthode du biofeedback, 34 (soit 44.7%) celle de l'électrostimulation, l'approche posturo-respiratoire a quant à elle été pratiquée par 22 étudiant.e.s (soit 28.9%), la rééducation abdominale hypopressive (GAH) par 17 étudiant.e.s (soit 22.3%), la méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale (5P) par 3 (soit 3.9%), la connaissance et maîtrise du périnée (CMP) par 49 participant.e.s à l'étude (soit 64.5%), l'eutonnie par 14 (soit 18.4%), l'approche posturo-respiratoire par 11 (soit 14.5%), la méthode périnée et mouvement par 4 (soit 5.3%), le concept abdo-périnéo-MG et périnatalité n'a jamais été abordé par les étudiant.e.s.

Le nombre de méthodes de rééducation expérimenté par étudiant.e.s est illustré dans la figure 6.

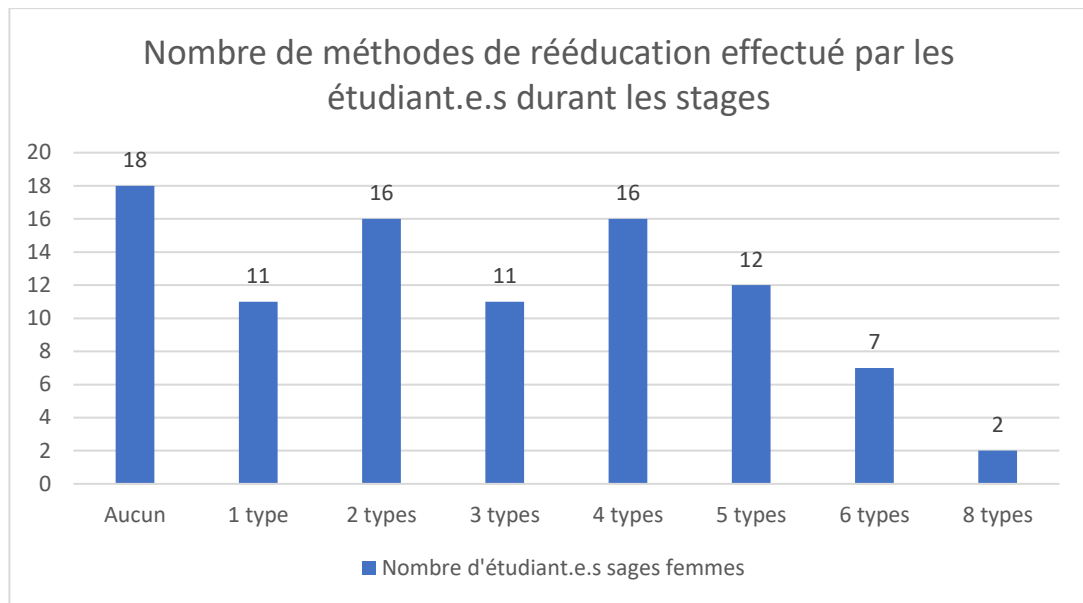


Figure 6 : Nombre de méthodes de rééducation périnéale effectué par les étudiant.e.s durant les stages

En cas de séance de rééducation périnéale durant un stage, 34 étudiant.e.s ont répondu que le professionnel de santé encadrant intervenait ou participait toujours à la séance (soit 44.7%), 36 ont dit souvent (soit 47.4%), 16 ont répondu qu'il intervenait ou participait rarement (soit 21.1%) et 9 jamais (soit 11.8%).

Pour ce qui est de l'encadrement des étudiant.e.s après une séance de rééducation, 13 participant.e.s ont répondu que le professionnel prenait toujours le temps de reparler de la séance (soit 17.1%), 43 ont répondu souvent (soit 56.6%), 28 rarement (soit 36.8%) et 11 disent ne jamais avoir reçu de retour sur la séance de rééducation (soit 14.5%).

4. L'évaluation des compétences

L'évaluation des étudiant.e.s sur la pratique de la rééducation périnéale n'est apparemment pas systématique. Neuf (soit 9.5%) ont répondu avoir eu des questions à choix multiples, neuf (soit 9.5%) des questions à réponses ouvertes courtes, trois (soit 3.2%) des cas cliniques, deux (soit 2.1%) une évaluation clinique par une sage-femme enseignante, 30 (soit 31.2%) ont eu un bilan de stage par une sage-femme clinicienne et 45 (soit 47.4%) ont dit n'avoir aucune évaluation à ce sujet.

5. Le sentiment de compétence

Une échelle allant de 0 à 100 a été proposée aux participant.e.s pour évaluer le niveau de compétence qu'ils pensent avoir acquis grâce à l'enseignement théorique sur la rééducation périnéale. Les participant.e.s devaient situer cette valeur grâce à un curseur sur une droite allant de 0 à 100. Les résultats sont cités dans le tableau I.

Le niveau de compétence qu'ils pensent avoir acquis avec un enseignement pratique a été évalué avec la même échelle. Les résultats sont cités dans le tableau II.

Tableau I : Niveau de compétence acquis par les étudiant.e.s sur la rééducation à l'issue des cours théoriques (cours magistraux)

Nombre d'étudiant.e.s concerné.e.s	Valeur moyenne du sentiment de compétence	Ecart-type	Médiane	Valeur minimale	Valeur maximale
78	26.42	20.93	19	0	99

Tableau II : Niveau de compétence acquis par les étudiant.e.s sur la rééducation à l'issue des travaux pratiques

Nombre d'étudiant.e.s concerné.e.s	Valeur Moyenne du sentiment de compétence	Ecart-type	Médiane	Valeur minimale	Valeur maximale
6	30	30.73	29.50	0	71

Finalement, cette même échelle a été réutilisée pour évaluer si les participant.e.s de l'étude se sentaient capables d'effectuer des séances de rééducation périnéale dès l'obtention de leur diplôme d'Etat. Le curseur au plus bas (0) correspondait à la réponse « pas du tout » et le curseur au plus haut (100) correspondait à la réponse « tout à fait ».

21 personnes ont placé leur curseur sur 0 soit « pas du tout » ce qui représente 22.1% de la population étudiée. 68 personnes ont placé le curseur en dessous de 50 (la valeur 50 non comprise) ce qui représente 71.6% de la population. Cinq participant.e.s ont répondu 50 soit 5.3%. 22 personnes ont placé leur curseur entre 50 (la valeur 50 non comprise) et 100 soit 23.2% de l'effectif de l'étude, sachant qu'un.e étudiant.e l'a placé sur 100.

Les résultats sont inscrits dans le tableau III.

Tableau III : Sentiment de capacité à effectuer une séance de rééducation après le diplôme d'Etat de Sage-Femme

Nombre d'étudiant.e.s concerné.e.s	Valeur moyenne du sentiment de capacité	Ecart-type	Médiane	Valeur minimale	Valeur maximale
95	28.22	28.12	20	0	100

On remarque que les valeurs des moyennes et des médianes sont relativement proches l'une de l'autre, pour chaque variable. En particulier pour celle dont les caractéristiques sont exprimées dans le tableau II. Ce qui justifie la faisabilité du test de Pearson.

Il a été ainsi utilisé pour trouver une corrélation entre les différents types d'enseignement et le sentiment de compétence des étudiant.e.s sages-femmes.

Il existe une relation faible entre le nombre d'heure de cours reçu et le sentiment de compétence des étudiant.e.s acquis grâce à l'enseignement théorique (**r = 0,32, p < 0.001**).

Une relation faible a également été retrouvée entre le nombre de bilan initial à la séance de rééducation périnéale réalisé et le sentiment de capacité des étudiant.e.s à réaliser une séance de rééducation du périnée après le diplôme d'Etat (**r = 0,35, p < 0.001**).

L'analyse des données montre qu'il existe une relation faible entre le nombre séances de rééducation périnéale réalisé et le sentiment de capacité des étudiant.e.s à réaliser une séance de rééducation du périnée après le diplôme d'Etat (**r = 0,41, p < 0.001**).

En revanche, il n'existe pas de relation entre le nombre de debriefing après une séance de rééducation périnéale réalisé avec le professionnel encadrant et le sentiment de capacité des étudiant.e.s à réaliser une séance de rééducation du périnée après le diplôme d'Etat ($r = 0,04$, $p = 0.059$).

6. Les points forts des cours théoriques

Les points forts des cours théoriques apportés sur la rééducation périnéale ont été demandés aux participant.e.s de l'étude. 72 (soit 75.8%) ont répondu à cette question.

58 étudiant.e.s, soit plus de 80% des personnes ayant répondu à cette question, mettent en avant la qualité des apports en termes de notions anatomiques et de types de rééducation périnéale :

- « Bonne connaissance des muscles du périnée et des grilles outils qui existent »
- « Différentes techniques ont été vues »
- « Anatomie du périnée, cours sur l'incontinence urinaire et bilan périnéal »
- « Variété importante des méthodes de rééducation »
- « Connaître l'importance de cette rééducation et savoir prendre en charge »
- « Cours clair permettant de faire des rappels d'anatomie et d'avoir une vue d'ensemble des moyens thérapeutiques à notre disposition. Cours pratico-pratique »
- « Pose les bases de l'organisation d'une consultation de rééducation »
- « Théorie, facteurs de risque, signes d'appel... »

Trois personnes soit 4.2% des répondant.e.s ont noté l'importance d'avoir vu les recommandations pour la pratique de la sage-femme :

- « À jour avec les recommandations actuelles »,
- « Apprendre le cadre de la rééducation (qui a le droit, qui peut prescrire...) »,
- « On a appris les recommandations sur le sujet ».

Sept soit 9.7% des répondant.e.s ont expliqué l'importance de la qualité de l'enseignant :

- « *Cours par des professionnels* »
- « *Cours par des sages-femmes libérales* »
- « *L'enseignant est une sage-femme formée à la rééducation (DU)* »
- « *Cours réalisés par un spécialiste* »
- « *Le cours était top et dispensé par quelqu'un de compétent.* »

7. Les points forts des travaux pratiques

Trois personnes ont répondu à cette question en mentionnant les propos suivants :

- « *Analyse de son propre corps* »,
- « *Encadrement et participation aux séances* »,
- « *Cela m'a aidé en stage* ».

8. L'avis des étudiant.e.s sur la formation initiale à la rééducation périnéale

Parmi les 95 participant.e.s à l'étude, six (soit 6.3%) ont trouvé que la formation initiale à la rééducation périnéale est suffisante contre 89 (soit 93.7%) qui pensent qu'elle est à compléter. Comme auparavant, les étudiant.e.s ont pu justifier leur réponse.

Pour les six qui estimaient la formation suffisante, les explications sont les suivantes :

- « *Grâce à la pratique en stage plus qu'à la formation à l'école* »
- « *Suffisamment vue en stage* »
- « *Je ferais une formation complémentaire quand je m'installerai en libéral mais pour l'instant c'est suffisant* »
- « *Ma formation théorique est suffisante je pense qu'il manque surtout de la pratique sur le terrain* »

Pour les 89 qui affirmaient qu'elle est à compléter, le manque de pratique est largement mentionné par 37 des étudiant.e.s :

- « *Il manque des cours pratiques, des mises en situation avec des périnéés* »
- « *Manque de cours pratico pratique sur les différentes techniques, explications fonctionnement des sondes* »
- « *Trop peu de pratique et d'explications lors des stages et de la pratique de la rééducation périnéale* »
- « *Manque de pratique, par exemple mouvements et périnée* »
- « *Pas de TP, pas assez de développement des différentes méthodes de rééducation, faire les cours avant les stages chez SF lib car c'est bien souvent dans ce stage que l'on fait le plus de séances de rééducation* »
- « *Ajouter au moins un TP pour savoir faire la rééduc manuelle + utilisation des sondes* »
- « *TP préconisés. Élargissement de l'utilisation des différentes méthodes de rééducation* »
- « *Simulation nécessaire et plus de cas pratiques* »

Dix montrent les lacunes existantes dans la formation :

- « *Ce n'est pas une formation à compléter mais à mettre en place.* »
- « *Manque de pratique : peu vu en stage, et rien à l'école. Enseignement théorique trop pauvre* »
- « *On ne peut pas être satisfait d'un seul cours sur les différentes méthodes de rééducation. Et les stages ne sont pas suffisants car toutes les sages-femmes ne laissent pas faire. Pas assez complète pour exercer en étant sûre de moi* »
- « *Un peu de pratique en libérale mais pas suffisamment de formation théorique à appliquer en pratique ! Une formation sur l'eutonnie et une formation CMP seraient utiles pendant la formation* »
- « *Aucune connaissance pratique, ou même au niveau des sensations type testing* »
- « *Stage en libéral qui m'a permis de connaître la CMP sinon connaissances quasi inexistantes concernant les autres méthodes* »
- « *Formation pratique en stage bien mais manque de supports théoriques notamment pour présenter les différentes méthodes et bases* »

- « Complément sur les différentes techniques existantes et leurs mises en œuvre »
- « Aucune formation, juste une sage-femme libérale qui m'a appris sa technique et sa façon de faire »
- « Aucune formation, on sort de l'école sans formation, sans savoir quoi faire »

Sept des étudiant.e.s ont expliqué leur ressenti ainsi que leur besoin d'effectuer une formation complémentaire :

- « Si demain il faut faire une séance de rééducation je ne saurais pas quel type de rééducation utiliser, ni comment la mettre en œuvre ... problématique si je m'installe en libéral. Il faudra faire un DU pour compléter »
- « Je ne me sentirais pas à l'aise si je devais faire de la rééducation périnéale seule »
- « Je ne me sens pas, demain, si je vais en libéral de prendre en charge une patiente pour sa rééducation du périnée »
- « Je ferai une formation complémentaire quand je m'installerai en libéral »
- « Ma formation à ce jour ne me permet pas de réaliser une séance de rééducation »
- « Les stages m'ont permis de voir le fossé entre la théorie et la pratique et si le stage donne quelques bases, je ne me sens pas experte de cette rééducation, même en SMA5. Les techniques sont citées mais pas déclinées, les méthodes pratiques non présentées ... »
- « A ce jour, ma formation ne me permet pas d'être autonome en tant que praticien libéral sur la rééducation périnéale. »

Neuf expliquent les inégalités présentes lors de la formation initiale :

- « Insuffisant mais tout le monde ne fera pas du libéral. Cela devrait être une option »
- « Pas de stage en libéral au cours de notre cursus ; possible seulement en stage intégré et pas de TP »
- « Les cours théoriques ne sont qu'en option parmi d'autres choix. Aucune connaissance des autres méthodes si ce n'est lors de nos stages »
- « Pas assez de stage, stage seulement optionnel »

- « *Besoin de plus de cours théorique avec plus de pratique derrière. Le seul stage où j'ai pu participer à des séances de rééducation du périnée a duré deux semaines dans un cabinet de sage-femme libérale* »
- « *Manque de pratique à l'école, j'ai fait de nombreux stages en consultation mais ce n'est pas le cas de tout le monde* »
- « *Peu de connaissances, on applique seulement ce que l'on voit dans le peu de stages libéraux que l'on fait* »
- « *Je n'ai jamais pratiqué ni vu pratiquer de rééducation en vrai* »
- « *Vision incomplète des buts et utilités des différentes méthodes, et de quelle méthode permet de traiter quel symptôme* »

Trois disent qu'il est nécessaire d'effectuer un stage en libéral :

- « *L'apprentissage se fait uniquement sur les terrains de stage et sans évaluation. Nous apprenons grâce aux sages-femmes qui nous encadrent* »
- « *La rééducation périnéale s'apprend surtout grâce à la pratique (qui est minime en stage)* »
- « *Une sage-femme libérale m'a initié plus en profondeur sur la rééducation périnéale. Et si on ne se cantonne pas à la simple rééducation post partum classique mais au problème urinaire de personnes plus âgées etc, il est nécessaire d'approfondir ses connaissances !* »

DISCUSSION

1. Atteinte des objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux de la formation théorique sur la rééducation périnéale. Cet objectif a été atteint car nous avons à présent une idée du nombre d'heures de cours que les participant.e.s ont eu, en quelle année, et si cela semblait suffisant aux étudiant.e.s sages-femmes de deuxième année de second cycle de France. Nous avons également pu étudier les modalités d'évaluation des étudiant.e.s à ce sujet ainsi que leur sentiment de compétence vis-à-vis de la pratique de la rééducation périnéale. Enfin, les participant.e.s à cette étude ont pu décrire les points forts des cours théoriques et donner leur avis sur leur formation initiale à la rééducation du périnée

Le premier objectif secondaire était de faire un état des lieux de la formation pratique à la rééducation périnéale. Cet objectif n'a été qu'en partie atteint car peu d'étudiant.e.s ont eu ce type de formation durant les périodes de cours. Ce qui ressort, c'est justement que le manque de pratique à l'école est omniprésent et que les étudiant.e.s demandent à s'entraîner davantage. En revanche, la pratique durant les stages a pu être analysée au regard des commentaires à ce sujet.

Le deuxième objectif secondaire, qui consistait à évaluer le sentiment de compétence des étudiant.e.s sages-femmes de France métropolitaine sur la rééducation périnéale, a été atteint. Effectivement le niveau de compétence des étudiant.e.s par rapport à l'enseignement reçu et l'aptitude à réaliser une séance de rééducation périnéosphinctérienne après l'obtention du diplôme d'Etat a pu être mesuré et analysé. D'une manière générale, ce niveau de compétence est en dessous de la moyenne et le manque de confiance du fait du manque de pratique s'est fait ressentir.

Il est tout de même important de noter que les 95 étudiant.e.s sages-femmes ayant répondu à cette étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des étudiant.e.s de France métropolitaine. Pour autant, nos résultats peuvent donner une tendance au niveau des écoles dont sont issu.e.s les interrogé.e.s, sachant qu'un tiers des étudiant.e.s de 11 écoles de sages-femmes ont répondu à notre questionnaire.

2. Critique de l'étude

2.1. Les points forts de l'étude

Les sages-femmes se trouvent en première ligne dans la prise en charge des douleurs et des troubles périnéo-sphinctériens suite à une grossesse et un accouchement. De plus, le nombre de sages-femmes libérales ne cesse d'augmenter, avec un nombre croissant de diplômé.e.s de moins de 29 ans [3]. Il est donc important de savoir si la formation initiale actuelle permet d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la rééducation périnéale, d'où l'intérêt de notre recherche.

A l'heure actuelle, aucune étude ne semble avoir été réalisée à ce sujet. De plus, la méthode quantitative utilisée pour ce travail, avec la possibilité parfois de mettre un commentaire, a permis de connaître, sur une population plus importante qu'une étude qualitative, l'avis de futures sages-femmes sur leur formation à la rééducation périnéo-sphinctérienne.

De plus, le questionnaire a été rempli par des étudiant.e.s sages-femmes issu.e.s de 11 écoles différentes, d'où une certaine diversité de réponses.

Au final, compte tenu du mode de recrutement, les questionnaires ont été envoyés à 299 étudiant.e.s issu.e.s de 11 écoles [41]. Le taux de participation est d'environ 32% ce qui est satisfaisant pour un auto-questionnaire en ligne. Ce dernier étant à réponses courtes et rapides, cinq minutes seulement étaient nécessaires, ce qui peut expliquer une telle participation des étudiant.e.s. Enfin, le nombre de répondant.e.s, proche de 100, a permis la réalisation de tests statistiques.

2.2. Les limites de l'étude

La diffusion du questionnaire ne s'est pas déroulée comme prévu. En effet, le premier envoi du questionnaire a été laissé sous la responsabilité du représentant de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) de l'école de l'investigatrice et l'information n'a pas été relayée comme nous l'avions imaginé. Certaines écoles ont heureusement pu être jointes ensuite par l'investigatrice par téléphone. Idéalement il

aurait fallu solliciter toutes les écoles afin d'augmenter la puissance de l'étude mais le temps imparti pour réaliser l'enquête ne permettait plus cette procédure. Ainsi, le bureau de l'ANESF a été directement contacté par l'investigatrice mais aucun contrôle n'a pu être effectué pour s'assurer que tous les étudiant.e.s de cinquième année de chaque école avaient bien reçu le questionnaire, laissant au bon vouloir des étudiant.e.s administrateurs de chaque école le choix de transférer ou non le questionnaire.

A cela s'ajoute le fait que le questionnaire a été réalisé grâce à la plateforme RedCap en lien avec le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Cette plateforme permet une diffusion du questionnaire par courriel et non par groupe privé sur les réseaux sociaux, ce qui aurait été une grande opportunité de diffusion du questionnaire par les administrateurs de l'ANESF de chaque école. Le fait de devoir envoyer le questionnaire à chaque étudiant.e éligible a été sans aucun doute un frein dans sa transmission.

D'autre part, l'étude a été effectuée du 23 décembre 2019 au 14 février 2020, période pendant laquelle les étudiant.e.s de cinquième année avaient de nombreuses préoccupations (examens de fin de semestre, préparation du stage préprofessionnel avec pour certain.e.s un déménagement, fêtes de fin d'année...) et donc peu propice à la participation à une étude. De plus il s'est avéré que plusieurs études destinées aux étudiant.e.s sages-femmes étaient diffusées durant la même période d'investigation.

Par ailleurs, notre étude comporte un biais de sélection puisqu'elle était basée sur la participation volontaire des étudiant.e.s. On peut donc supposer que les personnes ayant répondu au questionnaire étaient les plus intéressées par le sujet et avaient probablement des opinions plus marquées concernant cet enseignement.

Il existe également un biais de mémorisation. En effet, il peut être plus ou moins difficile de la part des étudiant.e.s de se rappeler précisément du nombre d'heure, du contenu et de l'appréciation de ces cours. Néanmoins, une tendance a pu tout de même être observée sur ces points-là.

Il aurait pu être judicieux de faire le point sur la formation aux prérequis à la pratique de la rééducation périnéo-sphinctérienne auprès de ces étudiant.e.s, notamment sur la transmission des savoirs utiles en termes d'anatomie, de lésions et douleurs périnéales, ainsi que les incontinences urinaires et fécales.

Finalement, interroger les étudiant.e.s sages-femmes juste après l'obtention de leur diplôme d'Etat, une fois leur formation initiale terminée aurait pu être approprié. Or, le temps imparti et la volonté de l'investigatrice de soutenir ce mémoire au mois de mai ne le permettait pas. La décision de les interroger à l'issue de leur formation théorique, avant le stage préprofessionnel, a donc été de mise.

3. Analyse des résultats

3.1. La population étudiée

L'âge moyen de la population était de 23,5 ans ce qui correspond à l'âge d'un.e étudiant.e dans sa cinquième année après le baccalauréat. Ainsi notre échantillon est représentatif de l'âge moyen attendu des étudiant.e.s en cinquième année d'étude ayant suivi un cursus classique c'est-à-dire l'obtention du baccalauréat, puis de la première année commune aux études de santé et des quatre années d'étude à l'école de sages-femmes. Si les étudiant.e.s avaient été plus âgé.e.s, nous aurions pu penser que leurs connaissances étaient plus approfondies du fait de leur expérience personnelle ou des enseignements reçus plusieurs fois dans le cadre d'un redoublement.

3.2. La formation à la rééducation périnéale faite dans les écoles

Comme il a été expliqué précédemment, les cours théoriques (cours magistraux et enseignements dirigés) prédominent dans la formation initiale, contrairement aux travaux pratiques. Un petit nombre de personnes (n=15) a répondu ne pas avoir eu de cours ce qui ne semble pas être en accord avec l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. En effet, cet arrêté indique que l'un des objectifs de l'unité d'enseignement de gynécologie est d'« *acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale* » [38]. Malgré tout, cet arrêté n'indique pas aux écoles le type de cours qui doit être réalisé, ni le nombre d'heures attendues. Nous ne savons pas non plus si les étudiant.e.s ayant répondu ne pas avoir eu de cours sur la

rééducation périnéale, ont pu effectuer des stages qui leur ont permis de la découvrir et de la pratiquer.

Les résultats de cette étude ont également montré que les cours théoriques sur la rééducation périnéale pendant le cursus sont répartis sur les quatre années d'études avec une prédominance en première année de deuxième cycle (quatrième année). Ceci paraît logique car les prérequis, soit l'anatomie du périnée, sont étudiés pendant le premier cycle.

Le nombre d'heures de cours total sur ce sujet (théorie et pratique) est apparemment inégal, avec une grande partie d'étudiant.e.s ayant reçu, selon eux, moins de quatre heures d'enseignement à ce sujet. Une majorité d'étudiant.e.s (n=73) n'ont pas trouvé ce volume horaire suffisant. Ce qui ressort, c'est que les cours dispensés sont trop brefs et non spécifiques. De plus il y a un manque évident de pratique et, pour certaines écoles, les cours à ce propos étaient non obligatoires. Demeester.A. a montré dans son étude les difficultés identifiées pendant la formation initiale des sages-femmes concernant l'apprentissage du raisonnement clinique. Les principales causes d'origine cognitive sont des lacunes théoriques, des faiblesses du dispositif pédagogique, des méthodes et techniques pédagogiques inappropriées, un transfert non acquis avec une dichotomie théorie/clinique et un dispositif peu centré sur les transferts de savoir [42]. Ces notions se rapprochent des résultats de notre étude. En effet il peut être difficile pour les étudiant.e.s de transférer leurs acquis théoriques sur la rééducation s'ils n'ont pas la possibilité de les appliquer rapidement ou régulièrement lors de travaux pratiques ou de stages. Les lacunes théoriques sont également un point notable dans nos résultats. Il est impossible pour les étudiant.e.s d'obtenir un niveau correct si aucun cours spécifique sur les techniques de rééducation périnéale ne leur est dispensé.

3.3. La formation clinique à la rééducation périnéale lors des stages

Le nombre de bilan initial complet (anamnèse et examen clinique) effectué par les étudiant.e.s lors des stages n'est pas homogène entre tous les participant.e.s de l'étude. Le nombre de séances de rééducation périnéale semble aussi inégal entre les étudiant.e.s. En effet, un certain nombre dit en avoir réalisé plusieurs alors que certain.e.s n'en ont encore jamais pratiquées. La formation clinique n'est donc pas la même pour chaque

personne, certain.e.s peuvent se sentir plus démuni.e.s que d'autres à l'obtention du diplôme d'Etat. Cela peut être problématique pour ces étudiant.e.s sachant que le nombre de ces actes réalisés en stage a été corrélé au sentiment de capacité à réaliser une séance en autonomie après le diplôme.

Les étudiant.e.s n'ont pas tous l'opportunité d'observer ou d'expérimenter plusieurs techniques de rééducation du périnée. Considérant qu'un praticien ne peut maîtriser toutes les méthodes, il est évident qu'un.e étudiant.e peut trouver un intérêt à faire ses stages auprès de différents professionnels, afin de bénéficier de l'expertise de chacun pour une méthode de rééducation donnée.

D'après nos résultats, le professionnel encadrant n'intervenait ou ne participait pas systématiquement lorsque l'étudiant.e en stage réalisait une séance de rééducation et ne prenait pas toujours le temps de reparler de la séance une fois celle-ci terminée. Le manque de temps est probablement en cause. Effectivement les rendez-vous en cabinet libéral sont nombreux et s'enchaînent les uns derrière les autres sans forcément laisser l'opportunité aux professionnels de discuter à chaud de la consultation avec l'étudiant.e. L'absence de débriefing ne permet pas à l'étudiant.e d'analyser sa pratique ou celle du professionnel observé. Or ce temps de débriefing et d'analyse est profitable à l'apprentissage, en témoigne sa présence systématique dans les séances de simulation en santé [43]. Il a été également révélé dans le travail de Chamberland M. que les modèles sont importants lorsque les buts poursuivis sont très abstraits ou complexes et qu'ils peuvent difficilement être compris par les étudiant.e.s. Selon lui, l'apprentissage est favorisé lorsque les étudiant.e.s et les professionnels peuvent réciproquement échanger au sujet de leurs compréhensions et surtout lorsqu'ils peuvent observer des modèles de rôle et s'inspirer de leurs actions et de leurs réflexions. Un professionnel influence l'apprentissage des étudiant.e.s qu'il suit [44]. D'où l'intérêt pour les étudiant.e.s d'observer les sages-femmes expérimentées et de pratiquer en leur présence, sous réserve d'un feed-back immédiat, une fois la patiente partie.

3.4. Evaluation

Comme l'indiquent les résultats précédents, les étudiant.e.s n'ont pas tous d'évaluation des connaissances et/ou des compétences au sujet de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Certains ont expliqué avoir eu un bilan de stage auprès d'une sage-femme clinicienne. Ce pourcentage reste faible et peut être problématique si l'on se fie à Jouquan J. qui explique l'importance de l'évaluation dans le processus de l'apprentissage. En effet, selon lui, les modalités d'évaluation conditionnent la nature et la qualité des apprentissages des étudiant.e.s qui s'adaptent à ce qui est attendu d'eux. Il existe donc une influence certaine de la nature de l'évaluation sur leurs apprentissages. Cet auteur annonce également que l'évaluation influence la motivation de l'étudiant.e [45]. Notre étude montre donc un manque d'évaluation à ce sujet, alors que cela permettrait à l'étudiant.e d'améliorer son processus d'apprentissage. De plus, sans évaluation il n'est pas possible de savoir d'une part si les compétences attendues sont acquises et, d'autre part, si l'étudiant.e est capable d'assurer en autonomie des séances de rééducation périnéale. Le bilan de stage est un moment important qui permet de révéler les aptitudes initiales de étudiant.e.s sages-femmes et leur développement tout au long du stage. C'est l'occasion aussi de faire le point sur ce qui doit être retravaillé, les lacunes, les axes de progression et de répondre aux éventuelles questions.

3.5. Sentiment de compétence

Un des objectifs de cette étude était d'évaluer le sentiment de compétence des étudiant.e.s sages-femmes par rapport à la pratique de la rééducation périnéale.

Trois quart des étudiant.e.s qui ont participé à cette étude estiment ne pas avoir eu une formation suffisante étant donné qu'ils.elles ne se sentent pas capables d'être autonome en fin de cursus. Ce point est important et explique que des sages-femmes se forment en rééducation du périnée, parfois dès l'obtention du diplôme alors que cela fait partie des compétences de base de la sage-femme [2].

Pour approfondir, nous avons cherché à savoir si le nombre d'heures de cours des étudiant.e.s avait un impact sur leur sentiment de compétence. Il semblerait que les étudiant.e.s ayant un nombre d'heures de cours plus important se sentent plus

compétent.e.s ($p < 0.05$). Dans un deuxième temps, nous avons étudié si le nombre de bilan initial et de séance de rééducation réalisés avait une incidence sur le sentiment de capacité à réaliser une séance une fois le diplôme obtenu. Un lien statistique a été trouvé entre ces variables ($p < 0.05$).

Ces résultats sont en accord avec une étude menée par Baudin H. qui indique l'importance du stage actif sur le sentiment de compétence et ses effets positifs sur l'efficacité personnelle des étudiant.e.s en chirurgie dentaire. Le stage actif chez un professionnel permet à l'étudiant.e d'augmenter son sentiment de compétence et serait donc selon l'auteur indispensable à une formation initiale de qualité [46]. Cette conclusion peut s'appliquer aux étudiant.e.s sages-femmes qui eux aussi font des stages chez des professionnels.

3.6. Avis des étudiant.e.s sages-femmes sur la formation initiale à la rééducation

Selon les participant.e.s de l'étude, les points forts de l'enseignement théorique lors de la formation initiale sont majoritairement les explications précises dont ils.elles ont bénéficié sur l'anatomie et les types de rééducation existants, l'apprentissage des recommandations en vigueur et la qualité de l'intervenant. Il est en effet attendu de ce dernier des compétences cliniques et pédagogiques solides pour transmettre toutes les notions essentielles aux étudiant.e.s avant leur activité clinique auprès des patientes [44]. La question qui peut se poser est le fait que toutes les sages-femmes enseignantes n'ont pas une activité clinique complémentaire et encore moins en rééducation périnéale.

L'enseignement théorique qu'ils.elles ont reçu au cours de leurs études est apparemment perfectible. Ils.elles ont surtout assisté à des cours magistraux où la rééducation périnéale était seulement mentionnée, ou alors des cours sur l'anatomie, les types de rééducation, les recommandations. Pour ce qui est des stages, nous pouvons penser que certain.e.s étudiant.e.s n'avaient pas encore fait tous leurs stages en post-partum au moment où ils.elles ont rempli le questionnaire. Il était donc logique qu'ils.elles manquent encore d'assurance à ce stade de l'année par manque d'expérience sur le terrain.

Concernant les obstacles rencontrés par les étudiant.e.s, la majorité d'entre eux avaient répondu qu'il existait un manque important de mise en situation ou de cas cliniques lors

de la formation théorique. Une étude sur la simulation des examens pelvien et mammaire faite avec des étudiant.e.s en médecine a montré un haut degré de satisfaction chez ces étudiant.e.s et également pour les enseignant.e.s [47]. De la même manière, des séances de simulation en rééducation seraient envisageables, par exemple en faisant des jeux de rôle entre étudiant.e.s et en essayant de mettre en pratique sur soi certaines techniques. La difficulté de la simulation concerne finalement les techniques qui nécessitent un examen clinique périnéo-vaginal. Pour pallier ce problème, il peut être enseigné l'eutonie ou la gymnastique hypopressive, techniques qui ne nécessitent pas de geste endovaginal de la part du praticien. Ce type de rééducation pourrait donc tout à fait se prêter à des séances de simulation, sous réserve que le formateur soit expérimenté.

4. Projet d'action

L'apprentissage de la rééducation périnéo-sphinctérienne est primordial pour les étudiant.e.s sages-femmes, au vu de leur rôle à venir auprès des femmes. Les résultats de notre étude nous permettent de dire que la formation des futures sages-femmes, à ce propos semble à l'heure actuelle insuffisante, du moins pour une partie d'entre elles.

La formation théorique semble inégale entre les étudiant.e.s. Il pourrait être intéressant d'uniformiser un minimum l'enseignement pour que chaque étudiant.e ait une formation initiale de base suffisante. Pour cela, le programme officiel nécessiterait d'être plus précis sur les attendus d'apprentissage en termes de rééducation périnéale.

La formation clinique semble également non homogène selon les étudiant.e.s. Pour pallier l'éventuel manque d'expérience en stage, il serait intéressant d'envisager davantage de travaux pratiques ou de cas cliniques durant les périodes de cours, en deuxième cycle. Les méthodes ne nécessitant pas d'examen gynécologique pourraient aussi être expérimentées par les étudiant.e.s eux-mêmes, lors de travaux pratiques dispensés par des sages-femmes cliniciennes ou enseignantes formées à ces méthodes. Nous pensons ainsi à l'eutonie, la gymnastique abdominale hypopressive, la méthode proprioceptive pelvi-périnéale et la méthode APOR. Pour ce qui est des méthodes qui nécessitent un examen clinique, le recours à des mannequins de simulation basse fidélité permettrait de sentir les muscles périnéaux.

Dans tous les cas, ces travaux pratiques permettraient aux étudiant.e.s d'appréhender les exercices avant de les mettre en pratique avec une patiente.

L'idéal serait que tous les étudiant.e.s puissent aller en stage dans un centre de bilan urodynamique et puissent pratiquer plusieurs méthodes de rééducation périnéosphinctérienne durant les stages de deuxième cycle. Des objectifs de stage plus spécifiques à la rééducation périnéale pourraient être proposés par toutes les écoles de sages-femmes de France.

Il serait judicieux d'évaluer tou.te.s les étudiant.e.s à ce sujet, élément essentiel dans le processus d'apprentissage, pour valider leurs acquis et identifier leurs lacunes. Cela permettrait d'apprécier leur niveau et de réajuster si besoin leurs objectifs de stage avant la fin de leurs études. Par exemple, la rééducation pourrait être évaluée par une sage-femme enseignante lors d'évaluations cliniques, de cas cliniques notés ou encore dans le cadre d'Examens Cliniques Objectifs et Structurés (ECOS).

Enfin, une étude s'intéressant aux sages-femmes enseignant.e.s pourrait être mise en place afin de cibler les possibles freins, les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en place de l'enseignement théorique et pratique à la rééducation périnéale.

CONCLUSION

D'après les recommandations de bonne pratique du CNGOF de 2015, la rééducation périnéo-sphinctérienne est recommandée lors de plaintes d'incontinence urinaire ou fécale à la suite d'un accouchement. Cette pratique est nécessaire pour le confort et le bien-être des femmes. Avant de mettre en place un programme de rééducation, il faut un interrogatoire et un examen minutieux du périnée pour effectuer le diagnostic et mettre en place la prise en charge adéquate.

Les sages-femmes peuvent pratiquer la rééducation périnéale, essentiellement celles qui exercent en cabinet libéral. Le nombre de sages-femmes libérales est en constante augmentation, notamment les nouvelles diplômées qui se dirigent de plus en plus vers ce type d'exercice.

Il paraît donc essentiel que la formation initiale couvre toutes les pratiques des sages-femmes pour que les nouvelles diplômées puissent exercer cette profession avec toutes les compétences attendues, quel que soit leur secteur d'activité.

Lors de cette étude, nous avons pu soulever que les étudiant.e.s sages-femmes de France métropolitaine qui ont répondu à notre questionnaire en ligne ne se sentent pas pleinement satisfait.e.s de leur formation à la rééducation périnéo-sphinctérienne. En effet, le manque de cours spécifiques, et surtout de travaux pratiques a été soulevé. Des cas cliniques ou des travaux pratiques sur l'ensemble des techniques de rééducation seraient donc importants à mettre en place, et pourquoi pas à faire sur soi-même dans la mesure du possible pour que chaque futur professionnel se rende compte des sensations sur soi avant de l'exercer sur autrui.

L'évaluation des compétences en termes de rééducation périnéale, essentielle dans le processus d'apprentissage, pourrait être aussi un point important à mettre en place systématiquement dans les écoles.

Enfin il a été démontré dans cette étude un lien entre le fait de pratiquer des séances de rééducation périnéale lors des stages et le sentiment de compétence à exercer en autonomie après le diplôme. Or, il existe des inégalités entre les écoles, certaines proposent cet enseignement en unité d'enseignement complémentaire, choisie par l'étudiant.e, et donc non obligatoire pour tous. De plus, les cours magistraux ne sont pas toujours obligatoires, contrairement aux enseignements dirigés et travaux pratiques qui seraient alors à privilégier pour un meilleur investissement des étudiant.e.s.

Les stages dans des centres d'urodynamique ou chez des sages-femmes exerçant la rééducation périnéale ne semblent pas systématiques pour tous les étudiant.e.s. Il serait donc intéressant d'uniformiser les pratiques entre les écoles de sages-femmes et de mettre un système de stages obligatoires en rééducation périnéale, avec des objectifs spécifiques à remplir.

Les sages-femmes ont pu acquérir de plus en plus de compétences, notamment en gynécologie. Les enseignements théoriques et pratiques sur le suivi gynécologique sont actuellement nombreux. Ceux sur la rééducation périnéale pourraient être placés au même titre que la contraception dans l'unité d'enseignement de gynécologie pour permettre l'acquisition de toutes les compétences nécessaires dans ce domaine.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs. Champs de compétence du masseur-kinésithérapeute [Internet]. 2020 [cité le 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/exercice-liberal/exercice-professionnel-ref232/champs-de-competence-du-mk>.
2. Ordre des sages-femmes. Compétences générales des sages-femmes [Internet]. 2015 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>.
3. DREES. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. Data. Drees études et statistiques, 2018 [cité le 17 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751>.
4. Gilroy AM, Macpherson BR, Ross LM. Atlas d'anatomie. 3ème édition. Paris: Maloine ; 2017.
5. Stouter Bidle T, P.Mckinley M, Dean O'Loughlin V. Anatomie et physiologie, une approche intégrée. Paris: Maloine; 2014.
6. Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : prévention et protection périnéale. [Internet] 2018 [cité le 01 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2018>
8. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat J-J. Définitions, classifications et lexique des douleurs pelvipérinéales chroniques. Progrès en Urologie. 2010;20(12):853-64.
9. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat J-J. Interrogatoire et examen clinique d'un patient ayant des douleurs pelvipérinéales chroniques. Progrès en Urologie. 2010;20(12):897-904.
10. Devillers P, Mauroy B. Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et Indications. Progrès en Urologie. 1997;7: 686-93.

11. Beucher, G. Complications maternelles des extractions instrumentales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008;37,(8S1):244-59.
12. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004;191(4):1199-204.
13. Madic S. Prévalence des douleurs périnéales persistant dans le post-partum à la suite d'un accouchement voie basse. [Mémoire]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2016.
14. Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006;35,(S1):59-67.
15. Plagnard J. Influence de la technique de suture de l'épisiotomie sur les douleurs périnéales les dyspareunies et l'incontinence anale a 8 semaines post-partum. [Mémoire]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2012.
16. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database Of Systematic Reviews [Internet]*. 2012 [cite 01 juin 2019]; 11(CD000947). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045987/>
17. Valenzuela P, Saiz Puente M, Valero J, Azorín R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2009;116(3):436-41.
18. Borges JBR et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. 2010;8(2):192-196.
19. Fritel, X. Impact des pratiques obstétricales sur l'incontinence urinaire de la femme de l'accouchement à la ménopause. [Mémoire]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2009.
20. Fritel, X. Du mode d'accouchement à l'incontinence. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34(8):739-744.

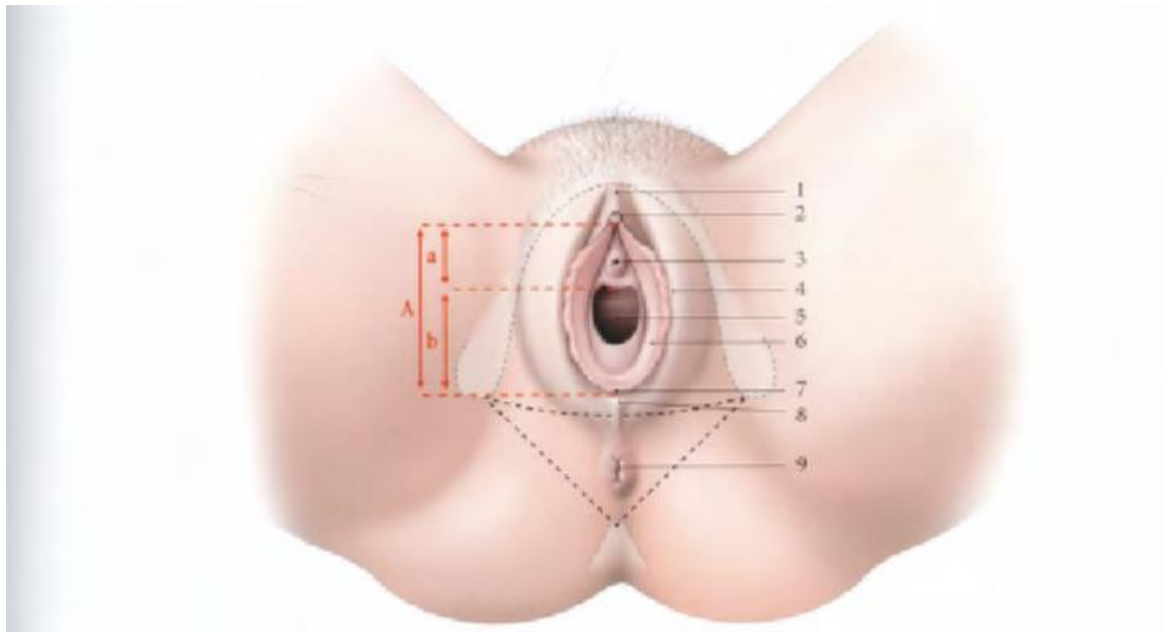
21. Faltin, DL. Epidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2009;38(8S1):146-152.
22. Ménard, S et al. Facteurs pronostiques d'incontinence anale à 2 mois du post-partum après survenue d'un périnée complet. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(8):900-907.
23. Anaes. Rééducation dans le cadre du post-partum : synthèse des recommandations. [Internet] 2002 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_post_partum.pdf.
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : post-partum [Internet]. 2015 [cité le 31 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE>
25. Fabre-Clergue C, Guillaume S. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale [Internet]. CNSF, 2014 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/R%C3%A9%C3%A9ducation-pelvi-p%C3%A9rin%C3%A9ale-2014.pdf>.
26. Minschaert, M. Rééducation fonctionnelle du plancher pelvien. Rev Med Brux. 2003;4(A):242-244.
27. Vivenot C. La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription. [Mémoire]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2010.
28. Godbout M, Tu LM, Watier A, Black R. Evaluation de la technique de rééducation Abdominale Méthode Globale (ABDO-MG) dans le traitement de l'incontinence urinaire [Internet]. Association française d'urologie, 2018 [cité le 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evaluation-de-la-technique-de-reeducation-abdominale-methode-globale-abdo-mg>
29. Villaume S. Le choix de la méthode de rééducation périnéale : critères retenus par les sages-femmes libérales en 2012 [Mémoire]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2013.

30. Vallat MH. L'eutonie au quotidien pour la sage-femme. Vocation Sage-femme. 2017;16(126):35-39.
31. Article L4151-6, Code de la santé publique (2007)
31. Article L4151-6, Code de la santé publique (2007)
32. Curat AM. Les conditions de la pratique de la rééducation périnéale par les sages-femmes. Contact sages-femmes. 2016(47):18-19.
33. Ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2012 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>.
34. Ordre des sages-femmes. Les droits de prescription des sages-femmes [Internet]. 2015 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Les-droits-de-prescription-des-sages-femmes.pdf>.
35. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet] 2020 [cité le 21 février 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/655198/document/ngap_fevrier_2020_assurance_maladie.pdf.
36. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes. Cotations en NGAP [Internet]. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes. 2019 [cité le 25 février 2020]. Disponible sur : <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
37. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé : textes généraux. JORF n°0266 (2009).
38. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme de sage-femme. JORF n°0074 (2013)
39. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In : Self-efficacy beliefs of adolescents. Etat-Unis d'Amérique : Greenwich; 2006. p307-337.

40. Perrault B, Brassart DG, Dubus A. Le sentiment d'efficacité personnelle comme indicateur de l'efficacité d'une formation. Une application à l'évaluation de la formation des enseignants. In : Actes du Congrès d'Actualité de la Recherche en Education et Formation (AREF) [Internet]. Université de Genève; 2010 [cité le 19 février 2020]. Disponible sur : <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-p/Le%20sentiment%20defficacite.pdf>
41. Groupe profession santé. Numerus clausus PACES [Internet]. Remede, 2015. [cité le 17 mars 2020]. Disponible sur : <http://paces.remede.org/paces/numerusclausus.htm>
42. Demeester A, Eymard C, Vanpee D. Apprentissage du raisonnement clinique : difficultés identifiées en formation initiale sage-femme. Revue française de pédagogie. 2012;181:43-54.
43. Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]. 2012 [cité le 31 mars 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
44. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005;6(2):98-111.
45. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale. 2001;2(3):163-169.
46. Baudin H, Nicolas E, Chaumeil B, Roger-Leroi V. Influence du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence professionnelle de l'étudiant en chirurgie dentaire. Pédagogie Médicale. 2009;10(4):239-251.
47. Piessen G et al. Mise en place et évaluation d'un apprentissage par simulation des examens gynécologiques. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2014;42,(9):591-596.

ANNEXES

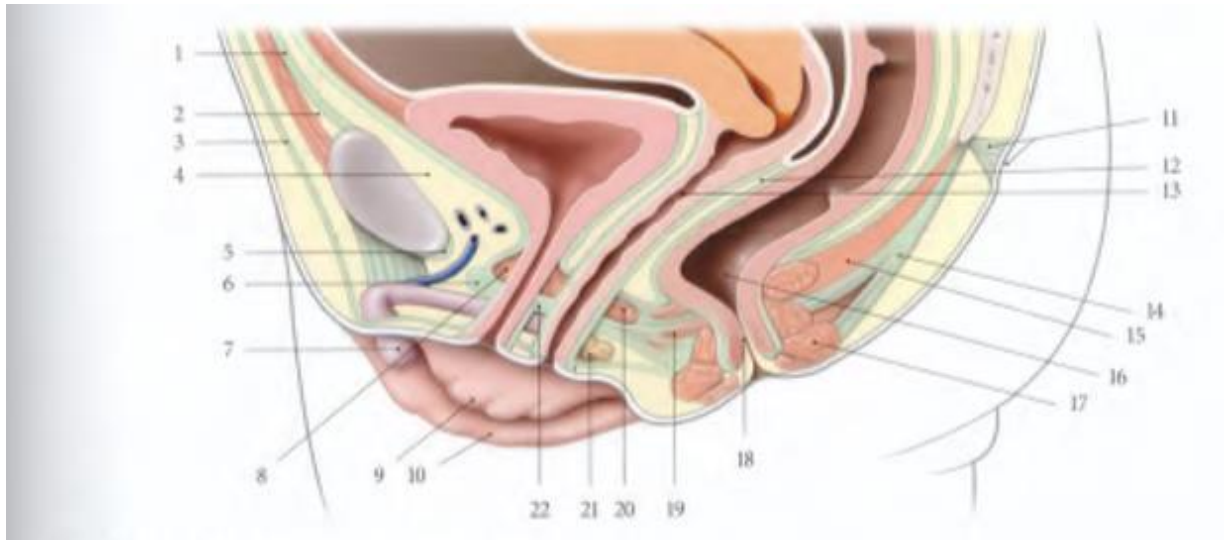
ANNEXE I : Anatomie du périnée



A. Vestibule	1. Prépuce du clitoris	6. Petite lèvre
B. Partie urétrale	2. Gland du clitoris	7. Frein des lèvres et fosse du vestibule du vagin
C. Partie hyménéale	3. Ostium externe de l'urètre	8. Commissure postérieure des lèvres
	4. Grande lèvre	9. Anus
	5. Orifice vaginal et hymen	

Figure 1 : Périnée féminin en position gynécologique

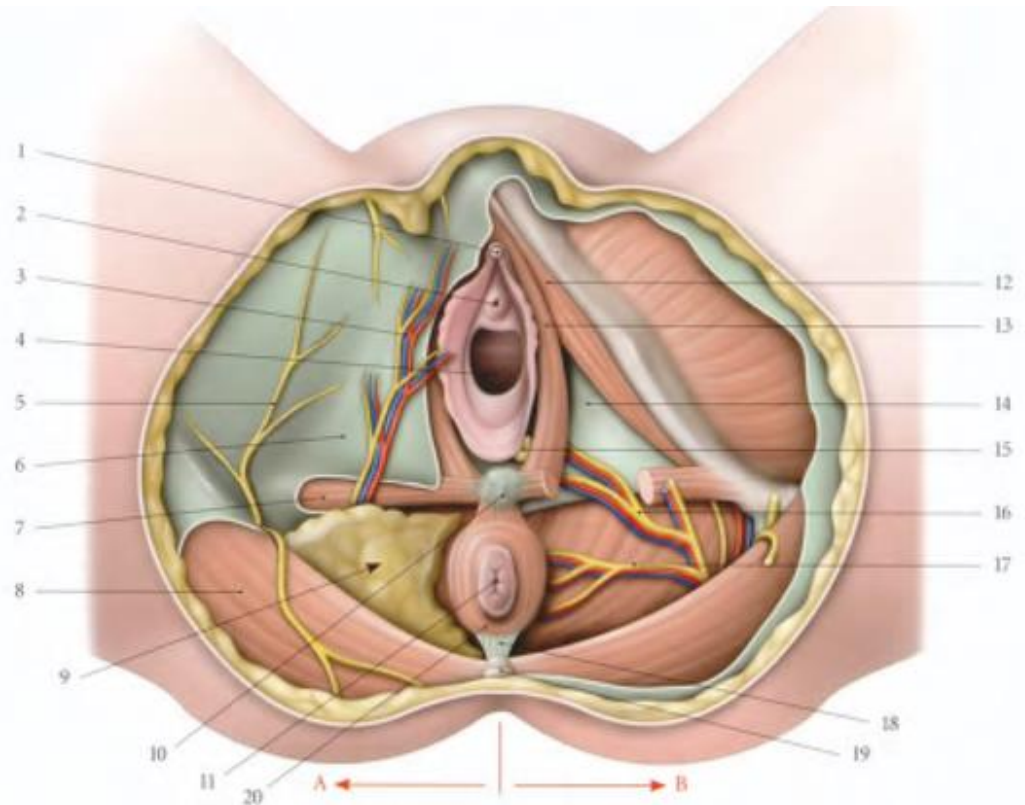
Réf : Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.



1. Fascia transversalis	9. Petite lèvre	17. Muscle sphincter externe de l'an
2. Espace suprapubien	10. Grande lèvre	18. Canal anal
3. Fascia superficiel de l'abdomen	11. Retinaculum caudal et fossette coccygienne	19. Corps périnéal et muscle recto-vaginal
4. Espace rétropubien	12. Septum recto-vaginal	20. Muscle transverse profond
5. Ligament arqué du pubis	13. Vagin	21. Glande vestibulaire majeure
6. Ligament transverse du périnée	14. Corps ano-coccygien et muscle recto-coccygien	22. Membrane périnéale (fascia inférieur du diaphragme uro-génital)
7. Clitoris	15. Muscle élévateur de l'an	
8. Muscle sphincter de l'urètre (espace profond du périnée)	16. Rectum	

Figure 2 : Coupe sagittale médiane du périnée féminin

Réf : Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.



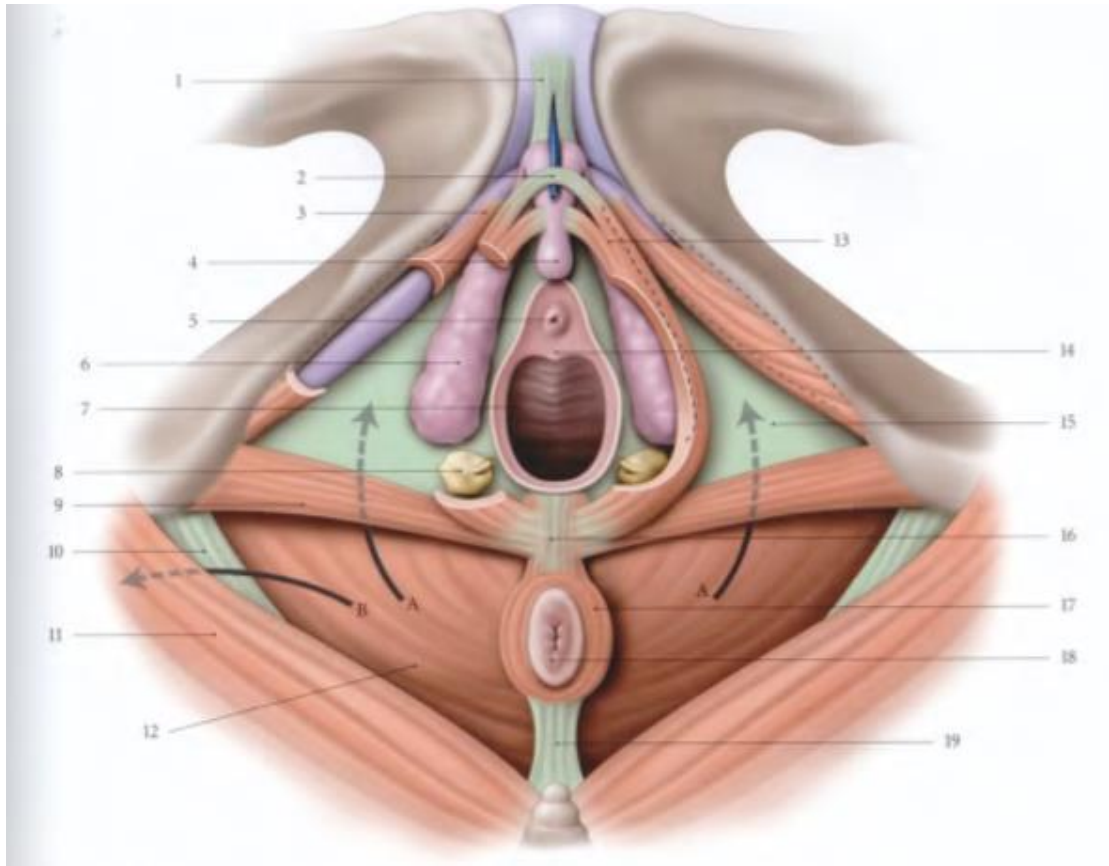
A. Région sous-cutanée

B. Espace superficiel du périnée et fosse ischio-ectale

- | | |
|--|--|
| 1. Gland du clitoris | 11. Anus |
| 2. Ostium externe de l'urètre | 12. Muscle ischio-caverneux |
| 3. Artères, veines et nerfs périnéaux superficiels | 13. Muscle bulbo-spongieux |
| 4. Orifice vaginal | 14. Fascia inférieur du diaphragme urogénital (membrane périnéale) |
| 5. Nerf cutané postérieur de la cuisse | 15. Glande vestibulaire majeure |
| 6. Fascia superficiel du périnée | 16. Artères, veines et nerfs périnéaux profonds |
| 7. Muscle transverse superficiel | 17. Artères, veines et nerfs rectale inférieurs |
| 8. Muscle grand fessier | 18. Corps ano-coccygien |
| 9. Fosse ischio-rectale | 19. Apex du coccyx |
| 10. Corps périnéal | 20. Muscle sphincter externe de l'anus |

Figure 3 : Périnée féminin en position gynécologique

Réf : Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.



A. Fosse ischio-rectale vers son récessus antérieur

B. Fosse ischio-rectale vers son récessus postérieur

1. Ligament suspenseur du clitoris

2. Muscle compresseur de la veine dorsale du clitoris

3. Corps caverneux

4. Gland du clitoris

5. Ostium externe de l'urètre

6. Bulbe vestibulaire

7. Vagin

8. Glande vestibulaire majeure

9. Muscle transverse superficiel

10. Ligament sacro-tubéral

11. Muscle grand fessier

12. Muscle élévateur de l'anus

13. Muscle bulbo-spongieux

14. Carina urétrale du vagin

15. Fascia inférieur du diaphragme uro-génital

16. Corps périnéal

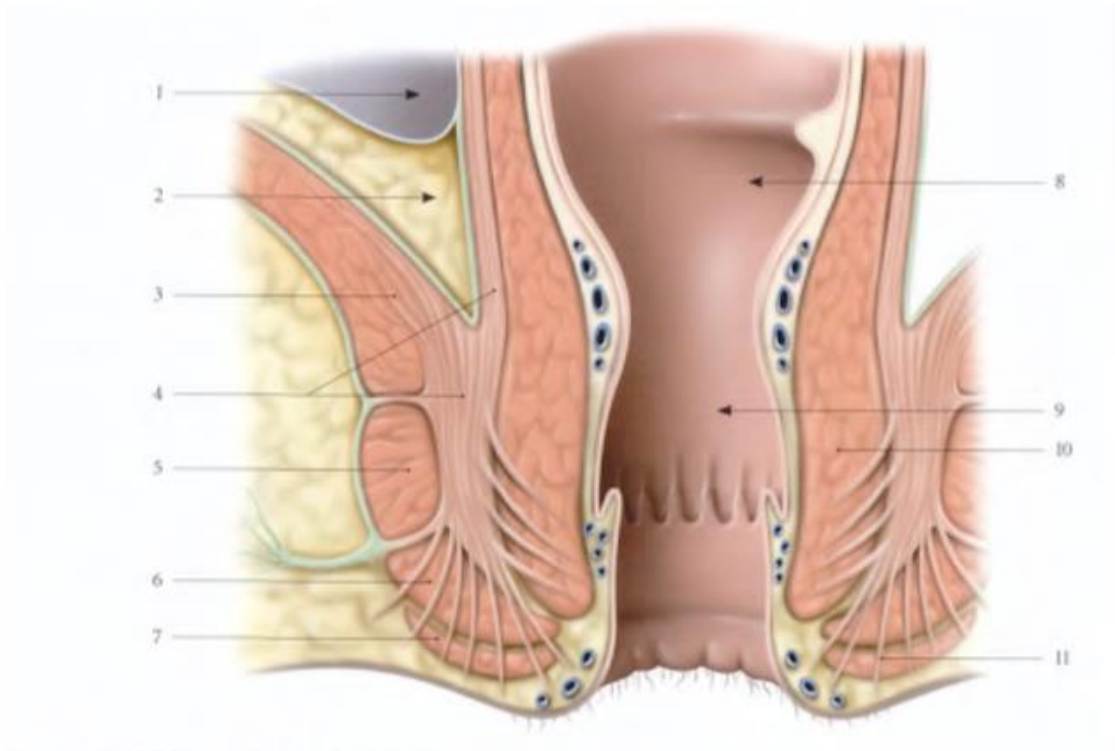
17. Muscle sphincter externe de l'anus

18. Anus

19. Corps ano-coccygien

Figure 4 : Périnée féminin : topographie, muscles (vue inférieure)

Réf : Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.



- | | | |
|---|---|---|
| 1. Fosse pararectale | 5. Muscle sphincter externe :
partie profonde | 9. Canal anal |
| 2. Espace pararectal | 6. Muscle sphincter externe :
partie superficielle | 10. Muscle sphincter interne |
| 3. Muscle élévateur de l'anus | 7. Muscle sphincter externe :
partie sous-cutanée | 11. Muscle corrugateur de la
marge de l'anus |
| 4. Nerf pubo-rectal et couche
longitudinale de la
muscleuse du rectum | 8. Rectum | |

Figure 5 : Coupe frontale des muscles sphincters de l'anus

Réf : Kamina P. Anatomie clinique : Tome 4, Organes urinaires et génitaux, pelvis, coupes du tronc. 4ème édition. Paris: Maloine; 2009.

ANNEXE II : Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Réf : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : prévention et protection périnéale. 2018

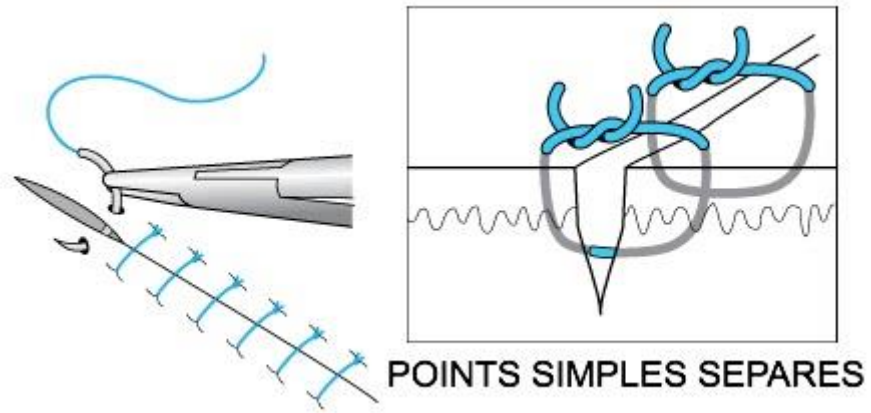
ANNEXE III : Cotation musculaire périnéale (testing musculaire)

Tableau 1. Cotation musculaire périnéale (testing musculaire).[12]

Cotation	Qualité de la contraction	Maintien(sec)	N. de Contractions sans fatigue
0	Rien	0	0
1	Traces	1 sec	1
2	Bien perçue sans résistance	<5 sec	2
3	Bien perçue sans résistance	>5 sec	3
4	Perçue avec légère résistance	>5 sec	5
5	Perçue avec forte résistance	>5 sec	>5

Réf : Cortesse A, Cardot V. Recommandation pour l'évaluation clinique d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Association française d'urologie, 2007.

ANNEXE IV : Suture en surjet continu ou points séparés



SURJET INTRADERMIQUE



Réf : Recap'IDE. Pansement avec ablation des fils.



ANNEXE V : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique

Rappel. Tableau des niveaux de preuve et du grade des recommandations selon la Haute autorité de santé (HAS), par ordre de force décroissante. (2006)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins Niveau 4 (NP4) <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	Faible niveau de preuve C
Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'HAS. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL .	

Réf : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : post-partum. 2007.

ANNEXE VI : Auto-questionnaire

redimensionner la police :  | 

Formation à la rééducation périnéale vue par les étudiants sages-femmes

Bonjour,

Je m'appelle Dorine Louveau et je suis actuellement étudiante sage-femme en 2ème année des études approfondies en sciences maïeutiques à l'école de Clermont-Ferrand.

Mon travail de fin d'études s'intéresse à la vision des étudiant.e.s sages-femmes sur la formation initiale à la rééducation périnéale.

Je souhaiterais que vous participiez à celui-ci en répondant au questionnaire ci-joint.

Ce questionnaire est distribué à l'ensemble des étudiant.e.s sages-femmes en 5e année dont les cours magistraux se terminent à la fin du 1^{er} semestre.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire et l'anonymat de chacun est respecté.

Je vous remercie de votre participation et pour l'aide que vous apporterez à ce travail.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Quel âge avez-vous ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="text"/>
Dans quelle école effectuez-vous vos études de sage-femme ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="text"/>
Quel type de cours avez-vous eu sur la rééducation du périnée ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="checkbox"/> Théorique uniquement <input type="checkbox"/> Pratique (TP) uniquement <input type="checkbox"/> Théorique + pratique <input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de cours
Si vous avez bénéficié de cours théoriques, au cours de quelle(s) année(s) d'étude ont-t-ils eu lieu ? (plusieurs réponses possibles) <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="checkbox"/> DFGSMa1 (2ème année) <input type="checkbox"/> DFGSMa2 (3ème année) <input type="checkbox"/> DFASMa1 (4ème année) <input type="checkbox"/> DFASMa2 (5ème année)
Si vous avez bénéficié de cours pratiques (TP), au cours de quelle(s) année(s) d'étude ont-t-ils eu lieu ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> DFGSMa1 (2ème année) <input type="checkbox"/> DFGSMa2 (3ème année) <input type="checkbox"/> DFASMa1 (4ème année) <input type="checkbox"/> DFASMa2 (5ème année)
Si vous avez bénéficié de TP sur la rééducation périnéale au cours de votre formation initiale, quelle(s) méthode(s) pédagogique(s) ont été utilisée(s) ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="checkbox"/> Jeux de rôle <input type="checkbox"/> Rééducation manuelle sur mannequin <input type="checkbox"/> Autre
Précisez votre réponse :	<input type="text"/>
Depuis le début de votre formation à l'école de sages-femmes, combien d'heures environ ont été consacrées à l'enseignement de la rééducation périnéale (cours théorique + TP) ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="radio"/> Moins de 2h00 <input type="radio"/> De 2 à 4 heures <input type="radio"/> De 4 à 8h00 <input type="radio"/> Plus de 8h00 réinitialiser la valeur
Ce volume horaire vous a-t-il semblé suffisant ? <small>* doit fournir une valeur</small>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non réinitialiser la valeur
Justifiez votre réponse :	<input type="text"/>

Sur l'échelle suivante de 0 à 100, situez votre niveau de compétence que vous pensez avoir acquis grâce à l'enseignement théorique sur la rééducation périnéale :

* doit fournir une valeur

Pas du tout compétent 50 Très compétent



Change the slider above to set a response

réinitialiser la valeur

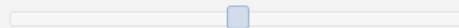
Quels sont les points forts de l'enseignement théorique (cours magistraux et enseignements dirigés) que vous avez reçu ?

* doit fournir une valeur

Sur l'échelle suivante de 0 à 100, situez votre niveau de compétence que vous pensez avoir acquis grâce à l'enseignement pratique sur la rééducation périnéale :

* doit fournir une valeur

Pas du tout compétent 50 Très compétent



Change the slider above to set a response

réinitialiser la valeur

Quels sont les points forts de l'enseignement pratique (travaux pratiques) que vous avez reçu ?

* doit fournir une valeur

En stage, combien de fois avez-vous réalisé vous-même un bilan initial complet (anamnèse + examen clinique) effectué lors de la consultation qui précède l'initiation de la rééducation périnéale?

* doit fournir une valeur

- Plus de 10 fois
- 5 à 10 fois
- Moins de 5 fois
- Jamais

réinitialiser la valeur

Combien de fois avez-vous déjà réalisé vous-même une séance de rééducation périnéale en stage (tout type de rééducation confondu) ?

* doit fournir une valeur

- Plus de 10 fois
- 5 à 10 fois
- Moins de 5 fois
- Jamais

réinitialiser la valeur

Quelles techniques de rééducation avez-vous utilisé ? (plusieurs réponses possible)

* doit fournir une valeur

- Rééducation manuelle
- Biofeedback
- Electro-stimulation fonctionnelle
- Approche posturo-respiratoire
- Rééducation abdominale hypopressive (GAH)
- Méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale (5P)
- Connaissance et maîtrise du périnée (CMP : image de la grotte, du pont levis...)
- Eutonnie
- Approche posturo-respiratoire (Bernadette de Gasquet)
- Méthode périnée et mouvement
- Concept abdo-périnéo-MG et périnatalité
- Autre

Préciser :

* doit fournir une valeur

Globalement, lorsque vous pouvez pratiquer la rééducation périnéale en stage, le professionnel qui vous encadre intervient/participe à la séance de rééducation :

* doit fournir une valeur

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

réinitialiser la valeur

Après une séance de rééducation périnéale, le professionnel qui vous encadre prend le temps d'en reparler avec vous (debriefing, feedback, explications...) :

* doit fournir une valeur

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Comment êtes-vous évalué.e sur la rééducation périnéale au cours de votre cursus ? (plusieurs réponses possibles)

* doit fournir une valeur

- QCM (questions à choix multiples)
- QROC (questions à réponses ouvertes courtes)
- Cas cliniques
- Evaluations cliniques en stage par une sage-femme enseignante
- ECOS (examen clinique objectif et structuré)
- Appréciation/bilan de stage par une sage-femme clinicienne
- Autres
- Aucune évaluation

Précisez votre réponse :

A ce jour vous diriez que votre formation à la rééducation périnéale est :

* doit fournir une valeur

- Suffisante
- A compléter

[réinitialiser la valeur](#)

Justifiez

* doit fournir une valeur

Vous sentez-vous capable d'effectuer des séances de rééducation périnéale dès l'obtention de votre diplôme d'état ? (positionnez le curseur sur la ligne ci-dessous)

* doit fournir une valeur

Pas du tout Tout à fait

Change the slider above to set a response

[réinitialiser la valeur](#)

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Pour toute information supplémentaire concernant la formation à la rééducation périnéale que vous voulez communiquer voici un espace dédié :

* doit fournir une valeur

ANNEXE VII : Lettre d'information aux étudiant.e.s

LETTRE D'INFORMATION

FORMATION A LA REEDUCATION PERINEALE VUE PAR LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

Investigateurs :

- Louveau Dorine étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
 - sous la direction de Madame Méjean-Lapaire Aurélie, sage-femme enseignante
- ur tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail
-

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité.e à participer à une étude appelée "Formation à la rééducation périnéale vue par les étudiants sages-femmes".

Une étude sur la formation à la rééducation périnéale vue par les étudiants sages-femmes est engagée au sein des écoles de sages-femmes de France. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Méjean-Lapaire Aurélie, sage-femme enseignante.

Pourquoi cette étude

L'exercice libéral du métier de sage-femme est en expansion. Le nombre de sages-femmes libérales augmente au fil des années, notamment celui des sages-femmes récemment diplômées de moins de 29 ans.

La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement peut être pratiquée par une sage-femme et occupe une place importante dans l'exercice libéral.

La rééducation périnéale fait également partie intégrante de la formation initiale des sages-femmes. En effet, « acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale » est un des objectifs de l'Unité d'Enseignement « Gynécologie ».

Aux apports théoriques lors des enseignements dispensés aux étudiant.e.s sages-femmes s'ajoute une formation clinique lors des stages. Ces stages s'effectuent à l'hôpital ou en cabinet libéral. Les étudiants ont alors l'occasion de participer plus ou moins activement, et plus ou moins souvent à des séances de rééducation périnéale.

Je souhaite ainsi explorer la formation à la rééducation périnéale en France en 2019, vue par les étudiant.e.s sages-femmes qui s'apprêtent à être diplômé.e.s.

L'étude en pratique

Les étudiant.e.s sages-femmes de dix écoles de sages-femmes de France vont être interrogé.e.s de façon anonyme par l'intermédiaire d'un questionnaire informatique envoyé sur l'adresse mail étudiante par l'intermédiaire de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF).

Le recueil des données sera réalisé par un auto-questionnaire écrit et anonyme envoyé aux étudiants sages-femmes sur leur adresse mail.

Les questionnaires complétés seront conservés sur le logiciel qui a permis leur élaboration (RedCap). Cette base de données n'est pas accessible au public, pour y accéder il est nécessaire d'être un investigateur. De plus, le compte personnel du logiciel RedCap est sécurisé par un mot de passe que je suis la seule à

connaître.

Les données seront ensuite retranscrites sur un tableur (Excel) et sur un logiciel de statistiques (Epi Info) afin de procéder aux analyses.

Je serais la seule personne à avoir accès aux données qui seront protégées par un mot de passe que je serais la seule à connaître. Les données seront détruites après l'analyse des données.

Confidentialité et sécurité des données

Vos données seront anonymes. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Louveau Dorine, ,

Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Louveau Dorine étudiante sage-femme :

- Pour toute question relative la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

RESUME

Introduction : La rééducation périnéo-sphinctérienne est une compétence de base de la sage-femme et cette pratique occupe une place importante en exercice libéral. Beaucoup de sages-femmes diplômées se forment pourtant à cette pratique. Il est donc important de faire le point sur la formation initiale à la rééducation du périnée.

Méthode : Un questionnaire en ligne a été adressé à des futur.e.s diplômé.e.s de 11 écoles de sages-femmes françaises pour faire un état des lieux de leur formation théorique et pratique à la rééducation périnéale et évaluer leur sentiment de compétence.

Résultats : Les points forts de la formation sont des prérequis solides et des enseignants compétents. Trois quarts des 95 répondant.e.s estiment ne pas avoir eu assez d'enseignements sur la rééducation. Ils regrettent un manque de pratique, cette dernière étant corrélée au sentiment de compétence de l'apprenant. L'évaluation sur la rééducation périnéale n'est pas systématique. La plupart des étudiant.e.s ne se sentent pas capables d'effectuer une séance en autonomie une fois diplômé.e.s.

Discussion : Les enseignements théoriques et l'expérience en stage sont inégaux entre les étudiant.e.s. La mise en place de séances de simulation permettrait d'entraîner les étudiant.e.s. Une évaluation systématique des compétences des étudiant.e.s sur la rééducation permettrait de s'assurer de leur aptitude à la pratiquer.

Conclusion : Il serait utile d'uniformiser la formation initiale des sages-femmes à la rééducation périnéale à l'échelle nationale, en proposant suffisamment d'apports théoriques et de stages pratiques. L'évaluation des compétences propres à la pratique de la rééducation périnéale s'avère indispensable.

Mots-clés : rééducation, périnée, formation initiale, sage-femme, compétence.

ABSTRACT

Introduction : The basic Pelvic floor rehabilitation skill remains one of the main midwife activities, especially in liberal exercise. As many graduated midwives however train themselves later to this practice, it logically makes sense to analyze the initial training about it.

Study design : An online questionnaire was sent to the future graduates from 11 French midwifery schools in order to gather information about their theoretical and practical training in perineal rehabilitation, and to assess their feeling of competence, of being habilitated.

Results : The training strengths are strong prerequisites and competent teachers. Three quarters of the 95 participants feel that they did not have enough education on perineal rehabilitation. They point out a lack of practice, which has been correlated with the students' feeling of competence. The evaluation on the perineal rehabilitation is not systematic. Most of the students do not feel able to perform an independent session after graduation.

Discussion : There are inequalities in terms of theoretical teachings and internship experience between the students. To organize sessions of simulation would help training the students. A midwifery students' skills systematic assessment on perineal rehabilitation would ensure their ability to practice it.

Conclusion : It would be useful to standardize the perineal rehabilitation's initial training of midwives at a national scale, by offering sufficient theoretical contributions and practical internships. The evaluation of skills specific to the practice of perineal rehabilitation is essential.

Key Words : perineal rehabilitation, perineum, initial learning, midwife, competence.