



HAL
open science

Rééducation pelvi-périnéale du post-partum : quelles sont les attentes des patientes ? : étude descriptive auprès de primipares en suites de couches à l'Hôpital Foch

Aliciane Tostain

► **To cite this version:**

Aliciane Tostain. Rééducation pelvi-périnéale du post-partum : quelles sont les attentes des patientes ? : étude descriptive auprès de primipares en suites de couches à l'Hôpital Foch. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03263130

HAL Id: dumas-03263130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03263130>

Submitted on 17 Jun 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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

ALICIANE TOSTAIN

**REEDUCATION PELVI-PERINEALE DU POST-PARTUM :
QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTES ?**

**Etude descriptive auprès de primipares en suites de
couches à l'Hôpital Foch**

Soutenu le :

Directeur de mémoire

Mme S. Flandin-Crétinon, Sage-femme enseignante, Hôpital Foch

Numéro national d'étudiant : 2507001179g

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je remercie tout d'abord et très chaleureusement Madame Sophie Flandin-Crétonon, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire, pour ses conseils et son soutien tout au long de son élaboration.

Je remercie Madame Lucie Ducastel pour notre collaboration dans la mise en place de cette enquête, merci pour tous tes efforts.

Je remercie Madame Pascale Cluzeau, sage-femme libérale, pour les conseils et discussions sur le sujet.

Je remercie mes parents et ma sœur pour leur aide dans les relectures, les traductions et les statistiques.

Je remercie Monsieur François-Xavier Durand pour son aide dans le recueil des données et dans les recherches, pour ses relectures et ses encouragements.

Je remercie toutes les sages-femmes, infirmières et auxiliaires de puériculture de la maternité de Foch sans qui cette enquête n'aurait pas pu être menée.

Je remercie toutes les patientes qui ont accepté de répondre au questionnaire pour leur temps dans cette période si particulière.

Je remercie également toute l'équipe enseignante de l'ESF Foch et plus particulièrement Madame Eliane Vautrin pour leur accompagnement et leur aide pendant ces quatre années.

Merci à ma famille et à mes amis pour leur soutien indéfectible depuis des années, malgré la distance et les difficultés.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
1 INTRODUCTION	1
1.1 Contexte historique	1
1.2 Les recommandations professionnelles	2
1.3 Les pratiques professionnelles	4
1.4 Les attentes des patientes	5
2 MATERIEL ET METHODE	7
2.1 Objectifs de l'étude	7

2.2	Méthodologie	7
2.2.1	Type d'étude	7
2.2.2	Outil méthodologique	8
2.2.3	Population	8
2.2.4	Considérations éthiques et réglementaires	9
2.2.5	Autorisations nécessaires	10
3	RESULTATS	11
3.1	Age de la population	12
3.2	Question 1 : Sujets d'intérêt	12
3.3	Question 2 : Modalités des informations délivrées	14
3.4	Question 3 : Supports d'informations utilisés	14
3.5	Question 4 : Organisation de la prise en charge	16
3.6	Question 5 : Remarques et suggestions	17
4	DISCUSSION	18
4.1	Population	18
4.1.1	Choix de la population	18
4.1.2	Age de la population	18
4.2	Points forts	20
4.3	Limites et biais	20
4.4	Analyse et discussion	21
4.4.1	Impact des troubles pelvi-périnéaux sur la qualité de vie	21
4.4.2	Sujets d'importance pour les patientes	22
4.4.3	Transmission des informations	25
4.4.4	Organisation de la prise en charge	28
4.5	Proposition de prise en charge et perspectives	30
	CONCLUSION	33

BIBLIOGRAPHIE

35

ANNEXES

39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	9
Tableau 2 : Répartition par âge de la population étudiée.....	12
Tableau 3 : Sujets d'intérêt des patientes en post-partum.....	13
Tableau 4 : Formes que devraient prendre les informations selon les patientes	14
Tableau 5 : Supports d'informations souhaités par les patientes	15
Tableau 6 : Organisation des séances de rééducation pelvi-périnéale, préférences des patientes	16
Tableau 7 : Comparaison de l'âge à la naissance du premier enfant entre la population générale et la population étudiée (20).....	19

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux 11

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire 40
Annexe II : Recommandations du CNGOF..... 44

Lexique

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter Anal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

Titre et résumé

REEDUCATION PELVI-PERINEALE DU POST-PARTUM : QUELLES SONT LES ATTENTES DES PATIENTES ?

Etude descriptive auprès de primipares en suites de couches à l'Hôpital Foch

Introduction / Objectifs : Depuis les RPC du CNGOF de 2015, la rééducation pelvi-périnéale n'est plus recommandée pour les patientes asymptomatiques à 3 mois du post-partum. Ces recommandations sont discutées et ne reposent pas sur des études de haut niveau de preuve. Connaître les attentes de ces patientes pourrait aider les professionnels à adapter l'offre de soin pour mieux les prendre en charge.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative et descriptive via un questionnaire en suites de couches à l'hôpital Foch de Suresnes (92). Nous avons obtenu 106 réponses exploitables. La population cible était constituée de primipares ayant accouché voie basse et sans troubles pelvi-périnéaux.

Résultats : Les sujets les plus demandés par les patientes sont « protéger son périnée » (77,4%), « reprise de la vie sexuelle » (70,7%) et « reprise de l'activité sportive » (64,1%). Les patientes souhaitent un entretien avec un professionnel (76,4%) et sont intéressées par les supports numériques (72,6%). 84% des patientes souhaitent avoir plusieurs séances de rééducation.

Conclusion : La rééducation pelvi-périnéale est l'occasion d'aborder des sujets d'éducation et de prévention. L'éducation périnéale peut être abordée dès le pré-partum. Le numérique peut servir à diffuser les messages de prévention. Il faut continuer la recherche sur la rééducation périnéale préventive.

Mots-clés : rééducation périnéale / post-partum / attentes des patientes / recommandations

Title and Abstract

POST-PARTUM PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING: WHAT ARE THE PATIENTS EXPECTATIONS?

Descriptive study with post-partum primiparous women at the Foch hospital

Introduction / Objective: From the clinical practice recommendations from the CNGOF from 2015, the pelvic floor rehabilitation is no longer recommended for the patients who are asymptomatic three months from the post-partum. These recommendations are still under discussion and don't rely on high level evidences. Professionals knowing their patient's expectations would help them to adapt the healthcare.

Methods: We achieved a quantitative and descriptive study via a survey during the post-partum period in the Foch hospital in Suresnes (France – 92). We received 106 usable responses. The targeted population was primiparous patients having experienced vaginal delivery without pelvic-perineal rehabilitation.

Results: The most popular subjects asked by the patients are « perineal protection » (77,4%), « resumption of sexual activity » (70,7%) and « resumption of sporting activity » (64,1%). The patients want an interview with a professional (76,4%) and are interested in digital media (72,6%). 84% of the patients would like several rehabilitation sessions.

Conclusion: The pelvic-perineal rehabilitation is a good opportunity to address education and prevention subjects. The perineal education can be discussed as soon as the pre-partum period. Digital media can be useful to circulate prevention messages. To continue research on preventive perineal reeducation is a must.

Keywords : perineal reeducation / post-partum / Patients expectations / recommendations

1 Introduction

1.1 Contexte historique

La rééducation pelvi-périnéale est une pratique très développée en France. La première publication française à propos du post-partum mentionnant la rééducation pelvi-périnéale date de 1982 et a été établie par Alain Bourcier (1). Elle s'inspire des travaux d'Arnold Kegel, un gynécologue américain qui a créé en 1940 des exercices destinés à renforcer le muscle pubo-coccygien (2,3).

Dès 1985, la rééducation du post-partum est remboursée par la Sécurité Sociale par le décret n° 85-863 du 2 août 1985 (4). Ceci mène à une prescription importante de séances de rééducation pelvi-périnéale du post-partum en France.

Ces 10 séances de rééducation remboursées à 100% au titre de l'assurance maternité sont une particularité française. Une étude a été menée en 2017 dans 28 pays pour comparer les différents modes de prise en charge à la prise en charge française (4,5). Il ressort que ces pays prescrivent en moyenne 1 à 6 séances de rééducation, remboursées de 50 à 75%. Ces séances sont prescrites uniquement aux patientes symptomatiques et sont supervisées par un thérapeute. Elles sont associées à des exercices de rééducation à pratiquer à domicile. Les explications sont données à l'oral et sur des supports papier (4,5).

La prise en charge de la rééducation pelvi-périnéale en France reste une exception au niveau international, tant par le format de prise en charge (10 à 20 séances) que par la population concernée par cette prescription (population générale). En 2015, cette prescription était suivie par 54% des accouchées après un accouchement voie basse et 39% des accouchées après une césarienne. En moyenne, les patientes effectuaient 8 séances (CNAMTS 2015).

Les troubles pelvi-périnéaux sont fréquents après l'accouchement mais sont encore sous-diagnostiqués. On estime que l'incontinence urinaire concerne 20% de patientes en post-partum et que l'incontinence anale concerne 1 à 2% des patientes en post-partum (6,7). Un rapport de l'INPES publié en 2014 rapporte des chiffres similaires, soit que l'incontinence urinaire toucherait 15 à 40% et que l'incontinence fécale toucherait 1 à 5% des femmes en post-partum (8).

Cette situation particulière où la prescription est devenue presque systématique va conduire à l'encadrement de cette pratique par des recommandations de la HAS et du CNGOF, pour tenter d'établir un consensus de prise en charge basé sur des données scientifiques.

1.2 Les recommandations professionnelles

Les premières recommandations qui ont vu le jour en France au sujet de la rééducation pelvi-périnéale sont les recommandations de l'ANAES en 2002. Selon celles-ci, l'indication d'une rééducation pelvi-périnéale se pose lors de la visite post-natale, soit 6 à 8 semaines après l'accouchement, si la patiente présente des symptômes périnéaux, pelvi-rachidien ou abdominaux (9). Ces symptômes sont l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale, les faiblesses musculaires abdomino-pelviennes, les douleurs périnéales, pelvi-rachidiennes ou cicatricielles (9).

Le moment à privilégier pour démarrer cette rééducation n'est pas précisé, mais il est recommandé de ne pas la commencer avant la sixième semaine du post-partum (9). Pour les patientes ne présentant pas ou peu de symptômes fonctionnels, il est recommandé de pratiquer une rééducation abdominale (9).

Ces recommandations sont étayées par des études montrant une amélioration de l'incontinence urinaire et fécale à 6 mois et à 1 an du post-partum (10).

Même si la prescription systématique n'est pas conseillée, la rééducation pelvi-périnéale est indiquée dans de très nombreux cas et est prescrite à un grand nombre de patientes après ces recommandations. Il n'y a pourtant pas de consensus

professionnel au sujet de la rééducation pelvi-périnéale car aucune étude prospective à haut niveau de preuve n'a confirmé son efficacité à long terme, notamment en population générale.

Suite à ces recommandations, des études ont été conduites pour évaluer l'efficacité de la rééducation pelvi-périnéale à moyen et long terme. Un suivi à long terme des patientes a montré que les bénéfices de la rééducation pelvi-périnéale du post-partum observés un an après l'accouchement disparaissent à 6 et 12 ans (11,12).

On peut donc dire que la rééducation pelvi-périnéale est un bon traitement à court terme des incontinences urinaires et fécales, mais qu'elle ne semble pas avoir d'effet significatif à long terme.

En 2015, le CNGOF met à jour les recommandations au sujet de la rééducation pelvi-périnéale du post partum. La prescription de la rééducation pelvi-périnéale se fait à 3 mois du post-partum (13).

Il est par ailleurs recommandé de prescrire au moins 3 séances avec un praticien, mais uniquement aux patientes présentant des symptômes d'incontinence urinaire (Grade A) et/ou des symptômes d'incontinence fécale (Grade C). Ces séances seront associées à des exercices expliqués pendant les séances que la patiente pourra refaire à domicile (13).

Pour les patientes présentant un prolapsus d'un des organes pelviens à 6 semaines du post-partum, la rééducation pelvi-périnéale guidée par un praticien ne semble pas plus efficace que l'explication d'exercices et de conseils à pratiquer à domicile (11,12). Il n'est donc pas recommandé de faire pratiquer des séances de rééducation pelvi-périnéale dans ce cadre (Grade C) (13).

On note que les douleurs ne font plus partie des indications de la rééducation pelvi-périnéale post-natale.

Concernant les patientes asymptomatiques à 3 mois du post-partum, les études dont nous disposons à l'heure actuelle ne nous permettent pas de recommander la rééducation. En effet, les données dont nous disposons à ce jour sur l'efficacité de la rééducation pelvi-périnéale post-natale dans la prévention de l'incontinence urinaire,

de l'incontinence fécale et de la survenue d'un prolapsus d'un organe périnéal sont insuffisantes. Par conséquent, il n'est pas possible de recommander la rééducation pelvi-périnéale post-natale à titre préventif bien qu'il s'agisse d'un accord professionnel basé sur l'absence de preuves (13).

1.3 Les pratiques professionnelles

Les professionnels se retrouvent dans une position délicate où les recommandations préconisent un changement des pratiques sans être soutenues par des études scientifiques avec un fort niveau de preuve.

Certaines indications étaient présentes dans les recommandations de 2004 mais ne le sont plus dans celles de 2015. Cela est dû à l'absence d'évaluation de la rééducation dans certains cas comme les déchirures périnéales de grade 3 ou 4 ou dans la prévention de l'apparition des troubles périnéaux chez les patientes asymptomatiques (13). Ces nouvelles recommandations ont été discutées par plusieurs gynécologues qui auraient préféré « prôner l'absence de recommandation possible en l'état actuel des connaissances scientifiques » (14).

Une enquête menée en 2016, soit un an après la parution des recommandations du CNGOF, dans les régions de Paris, Lille et Bordeaux a évalué le changement des pratiques suite aux recommandations. Elle a montré que seules 29% des maternités avaient adapté leurs prescriptions aux nouvelles recommandations, mais que 48% des professionnels les avaient modifiées à titre personnel (15). Elle montre aussi que 29% des maternités interrogées, qui sont essentiellement des maternités universitaires, prescrivent encore la rééducation à toutes les accouchées (15). Ces chiffres traduisent le questionnement des professionnels sur la conduite à tenir face à des patientes asymptomatiques, en l'absence de preuve scientifique de non efficacité de la rééducation pelvi-périnéale préventive.

Selon cette même étude, le nombre de séances prescrites est de 10 pour 90% des répondants (15), malgré la recommandation de 3 séances avant réévaluation (13).

Cependant, certaines indications de prescription perdurent dans la pratique malgré l'absence totale de recommandations, comme c'est le cas pour les lésions

obstétricales du sphincter anal (LOSA), pour lesquelles la rééducation est prescrite par 81% des praticiens de la même étude (15).

Une autre enquête a été menée en 2017 auprès des sages-femmes et gynécologues exerçant en maternité ou en hôpital en Loire-Atlantique ou en Vendée par Mme Martineau, étudiante sage-femme (16).

Cette enquête montre que la prescription de la rééducation pelvi-périnéale est systématique pour 70% des sages-femmes (n= 65) et 40% des gynécologues (n = 25) interrogés (16). De plus, les questions ouvertes semblent montrer que le contenu de la rééducation dépasse la simple prise en charge des troubles pelvi-périnéaux, et constitue un temps d'échange sur l'éducation périnéale, la sexualité et la réappropriation du corps (16).

De plus, 55% des professionnels interrogés pensent que la période optimale pour pratiquer la rééducation pelvi-périnéale se situe entre le premier et le troisième mois du post-partum (16). Cette période prend donc place avant même l'évaluation à 3 mois décrite dans les recommandations de 2015 du CNGOF.

1.4 Les attentes des patientes

En l'absence de consensus sur la prise en charge optimale pour la rééducation pelvi-périnéale post-natale, nous nous sommes posés la question des attentes des patientes sur ce sujet.

Selon les statistiques de la CPAM, en 2015, 54% des accouchées après un accouchement voie basse et 39% des accouchées après une césarienne ont pratiqué une ou plusieurs séances de rééducation pelvi-périnéale. Elles effectuaient en moyenne 8 séances (CNAMS 2015).

Dans leurs mémoires de fin d'études, deux étudiantes sages-femmes se sont intéressées aux raisons pour lesquelles les patientes n'effectuaient pas toutes les séances prescrites.

Dans l'étude de Mme Vivenot, 40% des patientes qui n'ont pas effectué les 10 séances prescrites n'ont pas trouvé le temps d'aller à l'ensemble des séances, et

pour les 60% restant, les professionnels effectuant la rééducation ont estimé qu'il n'y avait pas besoin de la totalité des séances (17).

Dans l'étude de Mme Gozet, les raisons invoquées par les patientes qui n'ont pas effectué la totalité des séances sont le manque de temps (26,19%), et les difficultés de garde d'enfant (14,29%) (18).

Il est important de rappeler que ces études ont été réalisées sur de petits effectifs (n=86 pour l'étude de Mme Gozet et n=46 pour l'étude de Mme Vivenot). Les résultats ne peuvent donc pas être transposables à la population générale. Toutefois, ces résultats pourraient questionner l'adaptation du format de ces séances aux contraintes organisationnelles spécifiques à cette période.

Ainsi, même si les séances de rééducation pelvi-périnéale sont encore largement prescrites aux patientes asymptomatiques, et ce indépendamment des recommandations, nous pouvons nous demander si cette prise en charge rééducative est adaptée aux attentes des patientes, que ce soit dans leur contenu ou d'un point de vu organisationnel.

Très peu de travaux scientifiques, y compris de nature qualitative, se sont intéressés au contenu des séances de rééducation pelvi-périnéale post-natale et à l'avis des patientes. Les connaissances basées sur la pratique clinique des sages-femmes, semblent montrer que les séances ne sont pas utilisées uniquement pour la prévention des troubles pelvi-périnéaux. Il semblerait que ces séances puissent également permettre d'aborder d'autres thèmes tels que, la réappropriation de son corps dans le cadre d'une démarche d'éducation au niveau périnéal, la sexualité, ou encore la gestion des pressions thoraco-abdominales à l'effort (16,19).

Bien que ces patientes ne souffrent pas de troubles pelvi-périnéaux devant être traités, elles pourraient néanmoins avoir besoin de certains messages de prévention qui ne pourraient pas être abordés si elles ne bénéficiaient pas de séances de rééducation pelvi-périnéale.

Les enquêtes dont nous disposons actuellement ayant été menées auprès des professionnels, il nous a semblé pertinent d'interroger les patientes afin de savoir **quelles sont les attentes de ces patientes asymptomatiques en matière de rééducation pelvi-périnéale ?**

2 Matériel et méthode

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de recueillir les attentes des patientes en matière de rééducation pelvi-périnéale du post partum, à la fois sur les sujets abordés et la forme que devrait prendre cette rééducation.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer la nécessité de créer de nouveaux outils d'aide à la rééducation pour les professionnels et/ou les patientes.
- Proposer une prise en charge type pour le suivi périnéal post-partum des patientes asymptomatiques.

Les hypothèses sont :

- Les patientes veulent bénéficier de consultations avec des professionnels.
- Les patientes souhaitent aborder d'autres sujets que la rééducation pelvi-périnéale pendant la période post-natale.
- Un support expliquant des exercices à faire à domicile pourrait être utilisé en complément des séances de rééducation en cabinet.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

C'est une étude quantitative monocentrique de type descriptive, observationnelle et transversale. Elle vise les patientes primipares hospitalisées en service de suites de couches à l'Hôpital Foch.

2.2.2 Outil méthodologique

Les patientes concernées ont reçu un questionnaire en format papier, qui leur a été distribué en service de suites de couches par les sages-femmes du service. Nous n'avions pas donné de précision quant au moment de la distribution au cours du séjour.

Dans l'introduction du questionnaire, nous avons informé les patientes du contexte médical à propos de la rééducation pelvi-périnéale, notamment la remise en cause de sa prescription systématique en post-partum, et le manque de preuves d'efficacité de la rééducation pelvi-périnéale à titre préventif.

Ce questionnaire était composé de 4 questions fermées et d'une question ouverte qui a permis aux patientes d'exprimer des suggestions ne faisant pas partie des propositions.

Les questions portaient sur ce que les patientes désiraient à propos de la rééducation pelvi-périnéale du post partum. Elles abordaient la forme que prendrait la rééducation, les outils utilisés pour l'information et pour la rééducation, les sujets abordés pendant les rendez-vous, et les modalités d'organisation de la prise en charge.

Le questionnaire distribué aux patientes était lié à un autre questionnaire dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme réalisé par Lucie Ducastel, qui s'intéressait aux connaissances des patientes sur l'anatomie fonctionnelle du périnée. Notre méthodologie était semblable et le recrutement des patientes était identique mais nos travaux restaient distincts.

L'analyse statistique des résultats à été faite avec l'utilisation du logiciel R. Nous avons utilisé un test du Khi-deux avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

2.2.3 Population

Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital Foch de Suresnes (92) du 19 septembre au 2 décembre 2019.

La population étudiée se composait des patientes primipares ayant accouché par voie basse, avec ou sans extraction instrumentale, sans sélection en fonction de

l'ethnie, ni des pathologies gravidiques. Elles ont été recrutées selon les critères suivants :

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Patiente primipare • Accouchement par voie basse (y compris instrumental) • Hospitalisation en service de suites de couches • Absence de symptômes pelvi-périnéaux antérieurs • Patiente majeure 	<ul style="list-style-type: none"> • Mort fœtale in utéro • Interruption Médicale de Grossesse • Mort néonatale • Pathologie néonatale grave (transfert en néonatalogie ou en soins intensifs) • Patiente ne parlant pas français • Refus de participer à l'étude

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion

Un pré-test du questionnaire a été effectué en septembre 2019 auprès de 7 patientes de suites de couches de l'Hôpital Foch. Ce pré-test n'a pas montré de point nécessitant une adaptation.

2.2.4 Considérations éthiques et réglementaires

Le questionnaire distribué est anonyme, individuel et non-obligatoire. La possibilité de refus est notifiée sur la première page du questionnaire.

Aucune information permettant, à posteriori, de remonter à la patiente n'a été demandée.

Pour garantir l'anonymat des patientes, les questionnaires ont été distribués et récupérés par les sages-femmes du service, et un numéro d'anonymat a été attribué à chaque questionnaire retourné.

Pour rester en accord avec la loi Jardé, la question sur la présence de troubles pelvi-périnéaux a été posée aux patientes par la sage-femme du service dans le cadre de son exercice. Ce sont donc les sages-femmes qui ont sélectionné les patientes faisant partie de la population cible.

Les autres questions n'abordaient pas de données sensibles.

Les réponses ont été saisies sur un tableau de recueil de données à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Chaque réponse a été identifiée par son numéro d'anonymat. Ce tableau sera restitué à la directrice de mémoire sur une clé USB spécifique dès la validation du mémoire.

2.2.5 Autorisations nécessaires

Nous avons reçu l'autorisation du Professeur Ayoubi, chef de service du pôle Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Foch, et de Madame Sanhueza, sage-femme cadre supérieur de service, pour mettre en place notre étude à l'hôpital Foch.

3 Résultats

Pour cette enquête, nous avons imprimé 210 questionnaires que nous avons mis à disposition des sages-femmes des services de suites de couches. 180 d'entre eux ont été distribués, et nous avons reçu 112 réponses. Parmi celles-ci, 6 questionnaires ne répondaient pas aux critères d'inclusion et n'ont donc pas été retenus.

Nous avons pu analyser 106 réponses.

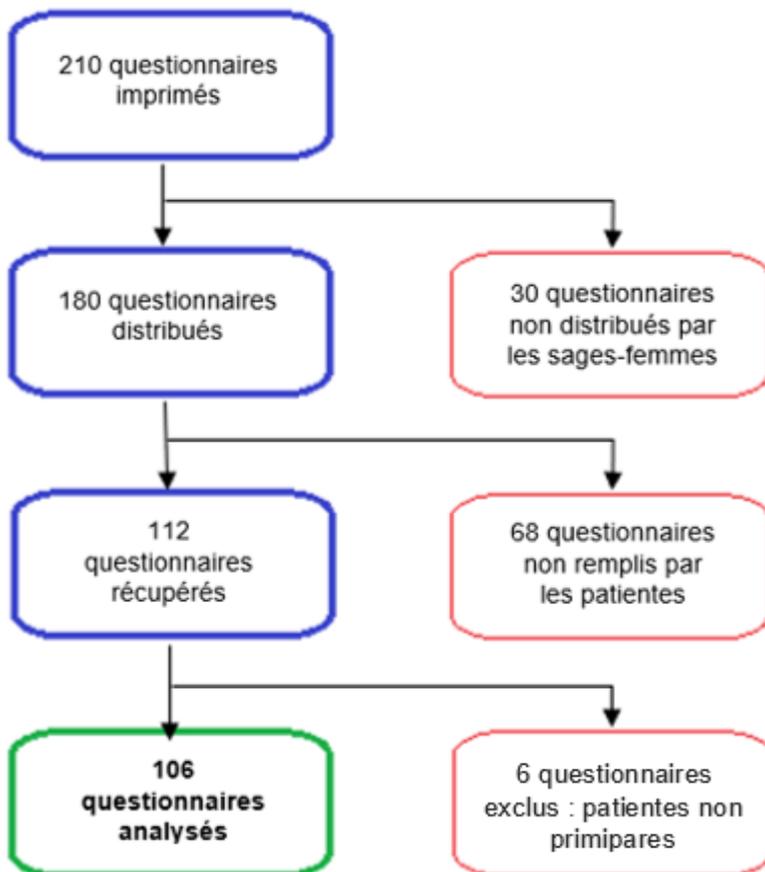


Figure 1 : Diagramme de flux

A noter que nous avons analysé un questionnaire dans lequel il manquait les réponses aux questions 2 et 3. En l'absence d'items cochés, nous considérons que la patiente concernée n'est intéressée par aucune des propositions.

3.1 Age de la population

La population est constituée de patientes primipares réparties par tranches d'âge comme suit :

Tranche d'âge	Effectif (n)	Valeur en pourcentage (%)
18 – 25 ans	8	8,5%
26 – 30 ans	41	38,7%
31 – 35 ans	43	40,6%
36 – 40 ans	12	10,4%
41 ans et +	2	1,9%
TOTAL	106	100%

Tableau 2 : Répartition par âge de la population étudiée

3.2 Question 1 : Sujets d'intérêt

Nous avons demandé aux patientes quels sujets elles voulaient aborder en post-partum en dehors des troubles périnéaux.

Les trois sujets les plus demandés concernaient les manières de protéger son périnée au quotidien (77,4%), la reprise de la vie sexuelle (70,7%), et la reprise de l'activité sportive après l'accouchement (64,1%). Venaient ensuite des informations générales sur le déroulement du post-partum (50,9%), comment retrouver son poids

d'avant grossesse (33,0%), mieux connaître son corps (31,1%) et comment retrouver sa féminité (20,7%).

Seules 3 patientes ont utilisé la possibilité d'une réponse ouverte. Une patiente s'était interrogée sur la nécessité de faire une rééducation abdominale en complément de la rééducation pelvi-périnéale. Une seconde aurait aimé recevoir des informations sur les manières de préserver le périnée pendant la grossesse. Une seule patiente ne voulait aborder aucun sujet si elle n'avait pas de troubles périnéaux.

Propositions	Effectif (n)	Valeur en pourcentage (%)
Mieux connaître son corps	33	31,13 %
Protéger son périnée au quotidien	82	77,35 %
Informations sur le post-partum	54	50,94 %
Reprise de l'activité sportive	68	64,15 %
Reprise de la vie sexuelle	75	70,75 %
Retrouver son poids d'avant grossesse	35	33,01 %
Retrouver sa féminité	22	20,75 %

Tableau 3 : Sujets d'intérêt des patientes en post-partum

On peut remarquer que 80% des patientes s'intéressant à la perte du poids de grossesse voulaient également des informations sur la reprise de l'activité sportive, mais que seules 41% des patientes intéressées par la reprise de l'activité sportive mentionnaient également la perte de poids.

De même, 68% des patientes voulant apprendre à protéger leur périnée au quotidien n'étaient pas intéressées par des connaissances complémentaires sur leur corps.

3.3 Question 2 : Modalités des informations délivrées

La deuxième question concernait la ou les formes qui intéressent les patientes.

Les formes les plus demandées étaient l'échange avec un praticien (76,4%) et les vidéos (53,8%). Les conseils sous forme écrite (32,1%), les schémas (30,2%) et les descriptions d'exercices périnéaux (25,5%) étaient moins demandés.

On note que 16% des patientes étaient uniquement intéressées par un échange avec un praticien.

Une patiente a utilisé la possibilité de réponse ouverte pour cette question, elle demandait à avoir des séances régulières avec un praticien. Ceci correspondait à la question 3.

Propositions	Effectifs (n)	Valeur en pourcentages (%)
Conseils écrits	34	32,07 %
Texte décrivant des exercices	27	25,47 %
Schémas	32	30,18 %
Vidéos	57	53,77 %
Echange avec un praticien	81	76,41 %

Tableau 4 : Formes que devraient prendre les informations selon les patientes

3.4 Question 3 : Supports d'informations utilisés

La troisième question portait sur les supports d'informations que les patientes voudraient utiliser.

La consultation restait préférée aux supports accessibles à domicile, elle intéressait 57,5% des patientes. Suivaient les accès numériques, soit par internet (49,1%) soit

via une application mobile (45,3%). Seules 18,9% des patientes demandaient un document papier.

Aucune patiente n'a utilisé la possibilité de réponse ouverte pour cette question.

Propositions	Effectifs (n)	Valeurs en pourcentages (%)
Documents écrits	20	18,87 %
Documents numériques sur internet	52	49,05 %
Application mobile	48	45,28 %
Consultation	61	57,55 %

Tableau 5 : Supports d'informations souhaités par les patientes

On note que 72,6% des patientes étaient intéressées par au moins un support numérique. Parmi elles, 37,7% préféraient des données accessibles sur internet, 32,5% préféraient une application mobile et 29,9% étaient intéressées par les deux supports d'informations.

Par ailleurs, 20,7% des patientes étaient uniquement intéressées par une consultation avec un professionnel. Les patientes qui souhaitaient uniquement des échanges avec un praticien et une ou plusieurs consultation(s) représentaient 11,3% des participantes.

Au contraire, 20,7% des patientes étaient demandeuses d'un échange personnalisé avec un praticien mais ne souhaitaient pas assister à des consultations.

3.5 Question 4 : Organisation de la prise en charge

La quatrième question concernait l'organisation des séances de rééducation pelvi-périnéale.

Les deux organisations qui se sont démarquées étaient « plusieurs séances par semaine pendant une courte période » (47,2%) et « une séance par semaine pendant quelques mois » (36,8%). Venaient ensuite « des séances irrégulières pendant une longue période » (10,4%), « une seule séance » (8,5%), « une séance à distance de l'accouchement » (3,8%) puis « aucune séance si possible » (1,9%).

La seule patiente ayant utilisé la possibilité de réponse ouverte précise qu'elle préférerait l'organisation la plus rapide et efficace possible.

Propositions	Effectifs (n)	Valeur en pourcentages (%)
Plusieurs séances par semaine sur une courte période	50	47,16 %
Une séance par semaine pendant quelques mois	39	36,79 %
Séances irrégulières sur une longue période	11	10,37 %
Une seule séance	9	8,49 %
Une seule séance à plus de 6 mois de l'accouchement	4	3,77 %
Aucune séance si possible	2	1,88 %

Tableau 6 : Organisation des séances de rééducation pelvi-périnéale, préférences des patientes

3.6 Question 5 : Remarques et suggestions

10 patientes ont répondu à cette question ouverte et facultative.

Certaines remarques se recourent. Nous pouvons les résumer comme suit :

- Il serait intéressant de parler plus du périnée pendant la grossesse à l'occasion des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. On pourrait même penser à intégrer ces connaissances dans les consultations de gynécologie voire dans les programmes scolaires.

On pourrait ainsi aborder son rôle, son anatomie, les façons de le solliciter, les troubles associés, pour que ce ne soit pas une nouveauté dans une période à risque.

5 patientes ont fait ces remarques.

- Un dépliant contenant les principales informations sur la rééducation pelvi-périnéale pourrait être distribué en suites de couches. Il faudrait aussi développer les séances de rééducation pelvi-périnéale à l'hôpital. 2 patientes ont fait ces remarques.
- Les professionnels de santé devraient établir un consensus de prise en charge ou exposer les avantages et inconvénients de chaque méthode existante pour que les patientes puissent choisir la méthode qui leur convient. 2 patientes ont fait cette remarque.

4 Discussion

4.1 Population

4.1.1 Choix de la population

Notre étude s'est concentrée sur les patientes asymptomatiques car c'est une population pour laquelle il n'y a pas de consensus professionnel en matière de rééducation pelvi-périnéale. Les recommandations s'appuient sur des études de faible niveau de preuve et sur une absence de preuve d'efficacité, donc sont remises en question par les professionnels.

Nous avons également choisi d'étudier une population composée de primipares n'ayant pas de symptômes pelvi-périnéaux car c'est une population qui n'a jamais été confrontée à une rééducation pelvi-périnéale. Il n'y a donc pas de biais liés à un vécu personnel de la rééducation ou aux différentes prises en charge en rééducation.

4.1.2 Age de la population

Nous avons d'abord voulu savoir si notre population était représentative de la population générale en France.

Tranche d'âge	Population générale, INSEE 2015, pourcentages (%)	Population étudiée, 2019, effectifs (n)
18 – 25 ans	28,2 %	8
26 – 30 ans	38,1 %	41
31 – 35 ans	23,2 %	43
36 – 40 ans	7,9 %	12
41 ans et +	1,8 %	2
TOTAL	99,2 %	106

Tableau 7 : Comparaison de l'âge à la naissance du premier enfant entre la population générale et la population étudiée (20)

Dans la population générale, le total de 99,2 % s'explique par le fait que nous n'avons étudié que les patientes majeures.

Nous avons utilisé un test de Khi-deux pour comparer ces populations, avec un seuil de significativité à $p < 0,05$. Nous avons obtenu une p-value à 0,22. Le $p > 0,05$ nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre ces deux populations.

En tenant compte uniquement de l'âge, notre échantillon est donc représentatif de la population générale.

Il s'agit cependant d'un échantillon avec des effectifs réduits ($n=106$) donc nos résultats ne sont pas transposables à la population générale.

4.2 Points forts

Le principal point fort de cette étude réside dans les particularités de la population étudiée, les patientes primipares qui n'ont pas de symptômes pelvi-périnéaux. Cette population ne devrait pas avoir suivi de rééducation pelvi-périnéale par le passé. Les prises en charge hétérogènes pratiquées actuellement auraient pu influencer les avis des patientes.

D'autre part, le questionnaire distribué aux patientes comprend 11 questions qui sont principalement des questions à choix multiples (QCM), ce qui a permis un remplissage rapide. Dans la période du post-partum, qui est chargé en apprentissages et en conseils, cela diminue le biais de non-réponse.

D'un point de vue méthodologique, le fait de coupler mon questionnaire à celui de Lucie Ducastel a permis de diminuer le biais de non-réponse car les moyens humains et organisationnels pour la distribution et le recueil des questionnaires ont pu être mutualisés. En effet, tout au long du premier mois, une présence quotidienne dans les services concernés par l'étude nous a permis de présenter le travail et les attentes, ce qui a permis d'optimiser la distribution par les sages-femmes de l'équipe.

Le pré-test du questionnaire a permis de vérifier la bonne compréhension et la pertinence des questions posées. Ce pré-test n'avait pas mené à des modifications.

4.3 Limites et biais

Si la population étudiée est le principal point fort de l'étude, elle amène aussi des biais. En n'ayant jamais pratiqué de rééducation pelvi-périnéale, les patientes peuvent manquer d'informations pour pouvoir choisir ce qu'elles veulent à ce sujet.

De plus, nous n'avons pas demandé aux patientes interrogées si elles avaient suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), ou si elles avaient eu des informations en pré-partum à propos du périnée ou de la rééducation pelvi-périnéale, ce qui aurait pu orienter leur avis.

Il y a également un fort biais de sélection lié à la méthode de distribution du questionnaire. Il a été distribué par les sages-femmes du service, ce qui a occasionné une charge de travail supplémentaire. La distribution a donc été faite en fonction de la disponibilité des sages-femmes et a pu être oubliée, même si notre présence quotidienne a limité les oublis.

Ce sont les sages-femmes qui ont posé la question de l'existence de troubles pelvi-périnéaux pour sélectionner la population. Il existe un risque que cette question ait été mal posée au moment de la distribution.

La participation à l'étude est basée sur le volontariat, on peut donc se demander quelles sont les motivations des patientes qui ont accepté de participer. Sont-elles plus intéressées par le sujet ? Ces motivations peuvent influencer sur les réponses de ces patientes.

De plus, l'étude est unicentrique et l'effectif est faible. Nous n'avons que l'âge pour comparer notre population à la population générale, et il semble y avoir des différences. Nos résultats ne sont donc pas transposables à la population générale.

D'autre part, un questionnaire à réponses fermées induit des réponses restrictives, même si le pré-test du questionnaire et la présence de la question ouverte ont permis de limiter ce biais, l'ensemble des réponses possibles n'a pas pu être enregistré.

Enfin, il existe un risque d'erreur dans la saisie des données, qui a été réduit par une saisie progressive tout au long de l'étude et plusieurs vérifications successives.

4.4 Analyse et discussion

4.4.1 Impact des troubles pelvi-périnéaux sur la qualité de vie

La rééducation pelvi-périnéale est le traitement de référence des troubles pelvi-périnéaux en post-partum. On estime que ces troubles concernent plus de 20% des patientes en post-partum (6,7).

Lors de la rééducation pelvi-périnéale, on peut utiliser des échelles validées pour estimer le niveau de la qualité de vie des patientes, et évaluer l'impact des troubles pelvi-périnéaux sur leur quotidien (23). Les études faites à ce sujet rapportent une baisse significative de la qualité de vie en présence de troubles même peu sévères (23–25). L'altération de la qualité de vie par des troubles pelvi-périnéaux sévères est devenu l'un des critères décisionnels pour un traitement chirurgical (23).

En plus de l'effet sur le quotidien des patientes, les troubles pelvi-périnéaux sont un facteur de risque de dépression du post-partum (13,25).

A plus large échelle, l'incontinence urinaire affecte 25 à 45% des femmes de la population générale, et l'incontinence anale concerne 20% des femmes de la population générale (26). En 2014, on estimait que le coût global de l'incontinence urinaire représentait entre 2 et 2,5% des dépenses totales de santé (26).

La prévention de l'apparition des troubles pelvi-périnéaux est donc un enjeu majeur de santé publique.

La grossesse et la période post-natale sont des périodes à risque de lésions périnéale et d'apparition de troubles pelvi-périnéaux, mais on ne connaît pas bien le lien entre la période post-natale et l'apparition de troubles pelvi-périnéaux plus tardivement (27).

Il y a donc une préoccupation de tout faire pour qu'il n'y ait pas l'apparition de troubles, notamment en accentuant le dépistage précoce et en agissant sur les facteurs de risques modifiables. Pour les patientes asymptomatique, la prévention primaire pourrait prévenir l'apparition de troubles tardifs, même s'il faut mener des études pour évaluer les effets de cette prévention.

4.4.2 Sujets d'importance pour les patientes

4.4.2.1 Education périnéale

On voit que dans notre étude, le sujet qui intéresse le plus les patientes est celui qui concerne la protection du périnée (77,4% des patientes). De plus, plusieurs

remarques et suggestions de patientes mentionnent que l'apprentissage au sujet du périnée, de son rôle, de sa physiologie et des troubles devrait être fait plus tôt dans la grossesse voire dans la vie de la femme.

De plus, dans l'étude menée par Mme Ducastel sur les mêmes patientes, 48% d'entre elles ont estimé avoir une mauvaise connaissance du périnée et 60% ont estimé avoir une mauvaise connaissance des troubles pelvi-périnéaux (28).

Il y a donc une forte demande d'éducation en matière d'anatomie et de physiologie du périnée dans la période du post-partum, lié à une envie de bien utiliser son corps pour en préserver les compétences fonctionnelles. Ces résultats rejoignent l'importance de prévenir les troubles pour ne pas altérer la qualité de vie des patientes.

Dans l'étude de Mme Martineau, l'éducation périnéale et les messages de prévention faisaient partie des justifications des sages-femmes interrogées pour expliquer la prescription systématique de la rééducation pelvi-périnéale (16)

Dans l'étude de Blanchard et al. le protocole de rééducation commençait par des séances d'éducation périnéale avec des informations sur la sphère pelvi-périnéale (29). Ces séances seules ont permis de réduire les symptômes pelvi-périnéaux des patientes les ayant suivies (29).

Les séances d'éducation périnéale peuvent donc permettre d'instaurer une éducation primaire, mais aussi de déceler l'apparition de troubles peu sévères et de les traiter immédiatement.

4.4.2.2 Sexualité en post-partum

Le second sujet le plus demandé par les patientes de notre étude concerne la reprise de la sexualité après l'accouchement (70,7% des patientes).

Durant l'accouchement, le corps de la femme a subi de nombreuses transformations, le couple doit changer ses habitudes pour s'occuper d'un nouveau-né, et ces

changements ne favorisent pas un retour facile de la sexualité (30,31). Ce retour ne paraît pas être une priorité pendant la période du post-partum (30).

L'OMS définit pourtant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité » (32,33). La santé sexuelle est donc une part de la santé, et si elle n'est pas bonne, on ne rentre plus dans l'état de complet bien-être qui définit la santé en général.

En post-partum, la sécrétion d'ocytocine, notamment pendant l'allaitement, est un facteur important de la baisse du désir chez la femme (30). Du côté de l'homme, on retrouve souvent une difficulté de dissocier la femme accouchant et la femme en tant que partenaire sexuelle, notamment s'il a assisté à l'accouchement (30).

Il faut donc que le couple perde un temps l'image de la mère pour se recentrer sur la femme pour retrouver une sexualité.

Le tabou de la sexualité mène à un manque d'information des patients et à un manque de communication au sein du couple et entre le couple et les professionnels de santé (31). Les couples se tournent de plus en plus vers les forums pour se renseigner anonymement (34). Si l'esprit de communauté peut les rassurer sur le caractère récurrent de leurs doutes, il est difficile d'apprécier la fiabilité des informations données (34).

La sage-femme a un rôle majeur d'accompagnement pendant cette période. Si elle a effectué le suivi de la grossesse, une relation de confiance s'est installée entre elle et le couple, ce qui est nécessaire pour passer outre le tabou que représentent les difficultés sexuelles (30,31). En qualité de professionnelle de santé spécialisée dans la santé de la femme, elle peut saisir toutes les occasions pour parler de ces difficultés et réassurer les couples (30,31).

De plus, la sage-femme pratique la rééducation pelvi-périnéale, qui est actuellement une piste pour traiter les dyspareunies, notamment les vestibulodynies (35).

La consultation de rééducation pelvi-périnéale est donc un moment privilégié pour aborder un sujet tabou avec un professionnel qualifié. Les sages-femmes délivrent des informations fiables, réassurent les patientes, et peuvent prévenir l'apparition ou l'aggravation de difficultés sexuelles au sein du couple.

4.4.3 Transmission des informations

4.4.3.1 Echange avec un professionnel de santé

Actuellement, la rééducation pelvi-périnéale se fait en consultation avec une sage-femme ou un kinésithérapeute.

Nous voyons dans notre étude que 76,4 % des patientes souhaitent avoir au moins un échange avec un praticien. On note aussi que 20,7% des patientes souhaitent uniquement voir un praticien lors d'une consultation, sans envisager d'autres moyens de communication.

La consultation permet une discussion face à face entre la patiente et le professionnel et paraît être un moyen simple d'échanger des informations. Les messages de prévention sont adaptés à la patiente qui les reçoit et le professionnel peut s'assurer de la bonne compréhension des informations.

Elle permet aussi d'aborder des sujets plus personnels ou sensibles si la patiente se sent en confiance avec le praticien.

En revanche, elle nécessite un déplacement de la patiente vers un cabinet médical, avec les complications organisationnelles associées (manque de temps, difficulté de garde d'enfants...) (18,36).

Ces complications d'organisation sont un facteur d'arrêt de la rééducation (18). Il faut donc essayer d'adapter la prise en charge de ces patientes pour renforcer leur adhésion et donc maintenir une bonne qualité de rééducation (37,38).

4.4.3.2 Place du numérique

Dans notre étude de nombreuses patientes se sont intéressées à la transmission d'informations via le numérique.

4.4.3.2.1 Téléconsultation

Tout d'abord, 20,7% des patientes ont demandé à avoir un échange avec un praticien mais sans se rendre à une consultation. On peut donc penser à la téléconsultation comme nouvel outils à proposer aux patientes pour leur suivi (39). La téléconsultation a été rendue accessible aux sages-femmes depuis le 19 mars 2020, tout d'abord en raison de la pandémie de COVID-19, notamment pour l'entretien prénatal précoce (EPP) et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (39). Elle a permis dans ce contexte d'assurer la continuité des soins et de renforcer le lien praticien-patiente.

Dans le cadre du post partum, une téléconsultation pourrait permettre d'effectuer un interrogatoire au sujet des troubles pelvi-périnéaux mais aussi d'aborder les sujets de prévention adaptés pour chaque patiente.

La téléconsultation pourrait également trouver une place de choix dans les zones où la densité de sages-femmes est faible en limitant les déplacements des patientes ou des sages-femmes libérales.

Une des limites que l'on peut voir à la téléconsultation est la question de la confidentialité à domicile. Certaines patientes pourraient ne pas oser poser leurs questions si leur conjoint ou leurs enfants peuvent les entendre.

4.4.3.2.2 Numérique et prévention

Les outils numériques peuvent également servir à aborder les sujets communs à toutes les patientes, via un site web ou une application.

Dans notre étude, 72,6% des patientes étaient intéressées par au moins un support numérique, et le support disponible à domicile le plus demandé était la vidéo (53,8%).

Ces vidéos peuvent être des vidéos d'information au sujet de plusieurs sujets de prévention, ou alors montrer des exercices de rééducation que les patientes peuvent effectuer à domicile.

Actuellement, il n'y a que peu d'outils numériques utilisés pour la rééducation pelvi-périnéale. Certaines sages-femmes mettent en ligne des vidéos de conseils pour leurs patientes ou disponibles à un public plus large mais cet outil n'a pas été évalué.

Nous pouvons nous tourner vers un autre domaine dans lequel les outils numériques sont beaucoup plus répandus : la prise en charge des maladies chroniques, notamment le diabète de type II.

L'étude de L. Paris a montré que les conseils numériques seuls dans la prise en charge du diabète étaient efficaces à court terme pour effectuer un changement comportemental chez les patients, mais qu'en l'absence d'un contrôle régulier par un professionnel de santé, ils se décourageaient vite et n'effectuaient pas plus d'activité physique qu'avant l'utilisation des outils numériques (40).

Les outils numériques peuvent être utilisés pour autonomiser les patients dans la surveillance et la prise en charge de leur maladie. Ils permettent d'espacer les rendez-vous avec des professionnels et responsabilisent les patients (41). Cela permet de garantir une bonne qualité de prise en charge tout en augmentant l'adhésion du patient à son propre traitement, puisqu'il est celui qui surveille l'évolution de sa pathologie (42).

La création d'une plateforme donnant des conseils sur une pathologie a permis de créer une communauté de patients mais en mettant en avant les informations

données par les professionnels de santé (42). On retrouve les avantages que les patients cherchent dans les forums, en apportant une prévention de qualité et des informations fiables.

Nous pouvons donc chercher à promouvoir le numérique dans le domaine de la rééducation pelvi-périnéale, en s'appuyant sur l'expérience de son utilisation dans d'autres domaines de la santé.

Le numérique permet une prise en charge à distance, ce qui peut convenir à certaines patientes qui ont des difficultés à se déplacer en cabinet, tout en s'assurant que les messages de prévention nécessaires à la prise en charge de ces patientes soient bien transmis.

La prise en charge uniquement à distance n'est cependant pas forcément une prise en charge optimale, car le lien entre le praticien et la patiente permet de renforcer la motivation de celle-ci pour effectuer la surveillance de ses symptômes et le traitement des symptômes peu sévères par des exercices à domicile.

4.4.4 Organisation de la prise en charge

Dans notre étude, la plupart des patientes (84%) veulent un suivi régulier avec plusieurs séances sur une période plus ou moins longue. Même en l'absence de troubles et malgré les recommandations, les patientes souhaitent faire plusieurs séances de rééducation pelvi-périnéale avant de savoir si elles en ont réellement besoin. Les réponses « une seule séance » et « aucune séance si possible » ne représentent que 14,2% des patientes.

Ce constat semble s'inscrire dans la tradition française des 10 séances de rééducation pelvi-périnéale remboursées par la sécurité sociale et prescrites presque systématiquement depuis 1985, même si les patientes ont été informées que la prescription systématique n'était plus recommandée (1,4,5). Il serait intéressant de

mener une étude qualitative pour évaluer le niveau d'influence du modèle français sur l'opinion des patientes.

Dans les propositions d'organisation, nous n'avons pas évoqué les séances de rééducation en groupe, peu pratiquées en France mais particulièrement courantes dans les pays d'Europe du Nord. Nous pouvons aussi noter que cette organisation n'a pas non plus été abordée par les patientes dans les questions ouvertes. Cela peut être dû à une méconnaissance, un désintérêt, ou à l'effet de suggestion lié aux propositions de la question.

Dans les propositions, nous n'avions pas non plus évoqué les séances prénatales, mais certaines patientes ont regretté le fait de ne pas avoir reçu d'informations à propos du périnée avant leur accouchement, que ce soit avant ou pendant la grossesse. La dernière actualisation de la revue de littérature de la Cochrane Library met en avant des données suggérant qu'un entraînement des muscles du plancher pelvien effectué en début de grossesse chez des femmes continentales peut prévenir l'apparition de l'incontinence urinaire en fin de grossesse et après l'accouchement (43).

On peut aussi se demander ce qui pourrait être fait pendant les suites de couches. Ce moment ne ressort pas comme un moment que les patientes privilégient, mais l'étude a pris place dans un contexte où rien n'est organisé pendant cette période. Ce pourrait cependant être un moment privilégié pour organiser des rencontres entre patientes et professionnels et faire un point d'information pour parler d'éducation et de prévention des troubles.

Ainsi, afin de repenser l'organisation de la prise en charge, il semble important de mieux évaluer les connaissances des patientes en matière de rééducation pelvi-périnéale et de connaître leurs attentes. Une mise en adéquation semble indispensable entre, d'une part les connaissances scientifiques actuelles sur les indications de la rééducation post-natale et son contenu, et d'autre part, les connaissances des patientes, leurs attentes et leurs besoins.

4.5 Proposition de prise en charge et perspectives

Actuellement, la prise en charge rééducative est très hétérogène en France, ce qui peut amener les patientes à se poser des questions sur l'efficacité de la rééducation à la suite d'une mauvaise expérience ou à de mauvais échos.

Nous avons donc réfléchi à des pistes d'évolution de la prise en charge pour pouvoir s'adapter aux besoins de chacune, en prenant en compte les réponses des patientes interrogées dans notre étude.

- **Education et rééducation pelvi-périnéale en pré-partum**

En prénatal, les patientes n'ont pas encore adapté leur quotidien à l'arrivée d'un enfant, mais elles sont en période de préparation pour la naissance. Les séances de PNP sont utilisées pour passer des messages de prévention. Elles pourraient également servir pour l'éducation pelvi-périnéale. De plus, il semblerait que des exercices de contraction volontaire du périnée pendant la grossesse pourraient prévenir l'apparition de l'incontinence urinaire de fin de grossesse et en post-partum (43). Il pourrait être intéressant d'instaurer l'apprentissage de ces exercices au suivi de début de grossesse, soit pendant la consultation de suivi, soit dans une consultation dédiée.

- **Séances d'informations en service de suites de couches**

Des séances d'informations de groupe en service de suites de couches permettraient aux patientes de disposer des principaux messages de prévention au sujet du périnée, de ses troubles et de sa rééducation. Elles pourraient exposer aux patientes les outils dont elles disposent au sujet de la prévention et de la rééducation pelvi-périnéale, et les informer des rendez-vous à prendre en post-natal. Elles permettraient également un échange entre les patientes, qu'elles aient déjà effectué une rééducation pelvi-périnéale ou non.

- **Visite post natale** : 6 à 8 semaines après l'accouchement.

La visite post natale est actuellement recommandée pour toutes les patientes. Elle permet de répondre aux dernières questions sur l'accouchement, d'aborder le thème de la contraception, et de faire un dépistage précoce des troubles pelvi-périnéaux.

- **Première consultation individuelle en cabinet** : environ 2 mois après l'accouchement

Cette consultation serait à effectuer avec un professionnel pratiquant la rééducation. Elle permet d'évaluer les troubles pelvi-périnéaux, mais aussi de cerner les facteurs de risque individuels modifiables, comme le surpoids, le tabac ou les mauvaises habitudes posturales, pour proposer des mesures de prévention individuelle.

Elle permettrait aussi un dialogue plus poussé sur les questionnements de la patiente et d'identifier les points de prévention ou éventuelles lacunes à aborder.

Elle permettrait enfin de faire un dépistage précoce des signes de dépression du post-partum.

- **Vidéos disponibles sur un site internet ou une application mobile**

Cette plateforme pourrait contenir des vidéos sur plusieurs sujets, notamment des exercices de rééducation que les patientes pourraient effectuer à domicile si besoin, et des vidéos concernant les principaux messages de prévention générale en post-partum.

- **Possibilité de faire d'autres consultations ou téléconsultations selon les préférences de la patiente**

Ces consultations s'adapteraient aux besoins de la patiente, pour le traitement des troubles pelvi-périnéaux ou pour une discussion sur la prévention ou les questionnements de la patiente. On pourrait alors parler de « consultation de prévention » ou de « consultation d'éducation périnéale », plutôt que d'une consultation de rééducation pelvi-périnéale.

- **Une consultation en présentiel pour une évaluation de la rééducation à distance**, s'il y avait besoin de traiter certains troubles.

Pour s'adapter au mieux aux besoins de chaque patiente, il est nécessaire de multiplier les supports. Les patientes peuvent être plus attentives à certains moments, ou mieux retenir les informations de certains supports. Il est cependant important de maintenir le colloque singulier entre la patiente et le professionnel.

Cette enquête pourrait être complétée par des études qualitatives et quantitatives à plus grande échelle, pour préciser les attentes des patientes, et il serait intéressant d'interroger également des patientes multipares n'ayant pas de symptômes pelvi-périnéaux qui ont déjà effectué une rééducation pelvi-périnéale, pour savoir si leurs attentes sont les mêmes.

Nous manquons encore d'études de haut niveau de preuve pour évaluer l'efficacité à long terme de la rééducation périnéale préventive dans un contexte où les pratiques sont particulièrement hétérogènes. La place de la période périnatale pour la prévention des troubles pelvi-périnéaux est un sujet sur lequel nous disposons encore de données insuffisantes pour recommander des pratiques. Il faut donc poursuivre la recherche

Conclusion

Actuellement, les recommandations du CNGOF en matière de rééducation pelvi-périnéale du post-partum pour les patientes n'ayant pas de symptômes pelvi-périnéaux s'appuient sur une absence de preuves. Cela mène les professionnels à se questionner sur la nécessité de prescrire la rééducation du périnée.

Parallèlement, les patientes rencontrent des difficultés organisationnelles pour se rendre aux séances de rééducation.

Notre étude portait sur les attentes des patientes asymptomatique en matière de rééducation, pour permettre aux professionnels d'adapter l'offre de soins à leurs besoins.

Nos résultats ont montré que les patientes souhaitaient majoritairement recevoir des informations au niveau de la physiologie du périnée et des façons de le protéger, et discuter de la reprise de la vie sexuelle et de l'activité sportive.

La période post-natale est en effet un moment idéal pour changer ses habitudes de vie, car le foyer est en pleine réorganisation. De plus, de nombreux questionnements peuvent apparaître et les patientes veulent pouvoir se référer à un professionnel de santé.

Le numérique pourrait se faire une grande place dans une nouvelle organisation de la prise en charge, tant sur le penchant rééducatif que sur la prévention. La création d'une plateforme disponible sur internet pourrait aider à réduire le nombre de consultations en présentiel et permettre une autonomisation des patientes pendant leur rééducation. La possibilité de faire des téléconsultations aiderait également les patientes dans leur organisation en limitant les déplacements en cabinet.

Il faut cependant garder une place pour le colloque singulier entre patiente et professionnel, car l'adaptation individuelle de la prise en charge permet de répondre

pleinement aux besoins de la patiente, augmentant ainsi son adhésion à la rééducation. De plus, il permet d'aborder des sujets personnels, notamment la reprise de la sexualité, pour accompagner les couples dans leur nouvelle vie de parents.

La période prénatale entre aussi dans la discussion d'une nouvelle prise en charge de la prévention des troubles pelvi-périnéaux. La période est propice à l'éducation et les séances de PNP servent déjà à passer des messages de prévention. De plus les dernières études montrent qu'il est possible que la rééducation pelvi-périnéale prénatale soit utile dans la prévention des troubles pelvi-périnéaux périnataux.

En attendant que des études de haut niveau de preuve soient menées pour évaluer l'efficacité de la rééducation préventive du périnée, il est important d'adapter la prise en charge rééducative en fonction des besoins exprimés par les patientes, ce qui mène à une grande flexibilité des professionnels en matière de format.

Cela passerait notamment par la création de nouveaux outils, essentiellement numériques, par l'utilisation de la téléconsultation, et par la création d'une consultation de prévention pour les patientes n'ayant pas de troubles pelvi-périnéaux à traiter.

Bibliographie

1. Bourcier A. Rééducation et urodynamique dans le post-partum. Les Dossiers de l'Obstétrique. 1983;85:19- 33.
2. Kegel A. Physiological treatment of poor tone and function of the genital muscles and urinary stress incontinence. Western Journal Surgery. 1948;2:213- 6.
3. Kegel A. Progressive resistance exercise in functional restoration of the perineal muscles. American Journal and Obstetrics Gynecology. 1958;56:546- 50.
4. Bourcier A, Haab F. Pratique de la rééducation périnéale postnatale. Genesis [Internet]. 9 mars 2017 [cité 11 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/pratique-de-la-reeducation-perineale-postnatale/>
5. Bourcier A, Dmochowski R, Cervigni M, Haab F. International survey questionnaire on pelvic floor rehabilitation after childbirth. International Continence Society. 2017;
6. Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La Revue Exercer. 2006;40(77):5.
7. CREGG. Mémo pratique de proctologie : Incontinence anale. 2012.
8. INPES. La rééducation du post-partum, fiche action. 2014.
9. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum [Internet]. 2002 [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf
10. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. BMJ. 15 sept 2001;323(7313):593- 6.
11. Glazener CMA, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PD. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. BMJ. 12 févr 2005;330(7487):337.
12. Glazener C, MacArthur C, Hagen S, Elders A, Lancashire R, Herbison G, et al. Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. janv 2014;121(1):112- 20.
13. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Post Partum [Internet]. 2015 [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques->

cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176

14. Faucheron J-L, Trilling B, Damon H. Rééducation périnéale et abdominale dans le postpartum : l'absence d'évidence justifie-t-elle l'absence de recommandations ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2016;45(8):992- 3.
15. Deffieux X, Vieillefosse S, Cosson M. Etat des lieux à 1 an des RPC rééducation périnéale du post partum. In Lille; 2017.
16. Martineau G. Modalité de prescription de la rééducation périnéale du post-partum : les recommandations sont-elles appliquées en Loire-Atlantique et Vendée ? Université de Nantes; 2018.
17. Vivenot C. La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription [Internet]. 2010 [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886239/document>
18. Gozet L. Périnée et rééducation périnéale : connaissances et influence sur l'observance des femmes [Internet]. 2015 [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: http://www.reeducation-perinee.org/ressources/ebooks/memoire_gozet_perinee.pdf
19. Cassé L. La rééducation périnéale : réappropriation par la femme de son corps. Spirale. 2003;26(2):117.
20. INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 [Internet]. 2017 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280#consulter>
21. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement : Données annuelles de 1994 à 2019 [Internet]. 2020 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
22. INSEE. Taux de natalité et âge moyen de la mère à la naissance en 2019, et nombre de naissances en 2018 : Comparaisons régionales et départementales [Internet]. 2020 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012761>
23. Chauvin C, Ballester M, Chéreau E, Rouzier R, Daraï E. Étude préliminaire de l'évaluation de la qualité de vie comme critère décisionnel pour la chirurgie du prolapsus génital. Pelv Perineol. mars 2011;6(1):8- 14.
24. Bader G, Koskas M. Prolapso de los órganos pélvicos. Diagnóstico y tratamiento. EMC - Tratado de Medicina. janv 2008;12(3):1 - 8.

25. de Tayrac R, Marès P. Symptômes et qualité de vie dans le prolapsus génital. *Pelv Perineol.* juin 2009;4(2):121- 31.
26. CNSF. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale.
27. Thubert T, Bakker E, Fritel X. Pelvic floor muscle training and pelvic floor disorders in women. *Gynécologie Obstétrique and Fertilité.* 2015;43(5).
28. Ducastel L. LE PERINEE ET SES DYSFONCTIONS: ENQUETE CONCERNANT L'ESTIMATION DES CONNAISSANCES CHEZ LES PRIMIPARES. Étude réalisée en suites de couches à l'hôpital FOCH. UVSQ; 2020.
29. Blanchard V, Nyangoh Timoh K, Bruyère F, Fritel X, Pizzoferrato AC. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme. *Progrès en Urologie.* mars 2020;30(4):190- 7.
30. Beauséjour D, Lafrance J. Favoriser la santé sexuelle postnatale des couples lors d'un suivi avec sage-femme. *Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme.* 2011;10(3).
31. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *La Revue Sage-Femme.* déc 2008;7(6):301- 4.
32. OMS. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 1946 [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
33. OMS. Santé sexuelle [Internet]. 2020 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
34. de Pierrepont C. La sexualité post-partum dans les fora internet Socialisation entre pairs et transmission des savoirs. *Civilisations.* 2010;59(1):19.
35. Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies.* avr 2009;18(2):134- 40.
36. Moosdorff-Steinhauser HFA, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman MEA, Nieman FHM, Berghmans B. Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* déc 2015;195:182- 7.
37. Biolley C, Leuenberger V. Évaluation de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'adhésion à la rééducation périnéale dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes [Internet]. 2013 [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/209196>

38. Beauvais C. Les démarches éducatives sont-elles efficaces pour améliorer le bénéfice des auto-exercices et leur adhésion? *Revue du Rhumatisme Monographies*. févr 2017;84(1):99- 104.
39. Migeon P-A. La téléconsultation, un nouvel outil pour la pratique sage-femme. *Sages-Femmes*. 5 oct 2020;19(5):3.
40. Paris L. Etude de l'intérêt des outils numériques pour évaluer et promouvoir l'activité physique chez des patients atteints de maladies chroniques. Clermont Auvergne; 2018.
41. Régnier F, Puerto KLI, Ringard C, Thomas F. Technologies numériques et diabète de type 2 : vers un patient plus autonome ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. juin 2020;55(3):127- 35.
42. Duffort S. APPORT DES OUTILS NUMÉRIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE. Toulouse III; 2019.
43. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Incontinence Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 6 mai 2020 [cité 14 nov 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007471.pub4>

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Note à l'attention des sages-femmes.

Madame,

Nous sommes Lucie DUCASTEL et Aliciane TOSTAIN actuellement étudiantes en dernière année d'école de sages-femmes à l'école de l'hôpital FOCH.

Nous menons une étude dans le cadre de notre mémoire pour l'obtention de notre diplôme d'état de sages-femmes, portant respectivement sur les connaissances des femmes sur le périnée et leurs attentes concernant la rééducation du périnée après l'accouchement.

Ces informations pourraient nous permettre d'adapter nos pratiques et d'élaborer des documents informatifs si besoin.

Pour cela nous avons rédigé un questionnaire à l'attention des patientes et nous aurions besoin de votre aide pour le diffuser à notre population cible.

La population cible se constitue des primipares, n'ayant pas de troubles pelvi-périnéaux et ayant accouché par voie basse d'un nouveau né à terme.

Ce questionnaire répond aux exigences de la DRCI et de la loi Jardé pour la protection des patients.

Nous vous remercions du temps que vous nous consacrez.

Lucie DUCASTEL et Aliciane TOSTAIN

Questions à destination des sages-femmes :

Concernant la patiente :

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Est-elle primipare : | Oui | Non | | | |
| 2. A-t-elle accouché par voie basse : | Oui | Non | | | |
| 3. A-t-elle accouché à terme : | Oui | Non | | | |
| 4. A-t-elle des troubles pelvi-périnéaux (<i>anté, per ou post-partum</i>) : | Oui | Non | | | |
| 5. Quelle est sa tranche d'âge : | | | | | |
| Moins de 18 ans | 18-25 ans | 26-30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41ans ou plus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Numéro d'anonymat :

Questionnaire sur le périnée et la rééducation périnéale post-natale à l'attention des patientes.

Madame,

Nous sommes Lucie DUCASTEL et Aliciane TOSTAIN actuellement étudiantes en dernière année d'école de sages-femmes à l'école de l'hôpital FOCH.

Nous menons une étude dans le cadre de notre mémoire pour l'obtention de notre diplôme d'état de sages-femmes, portant respectivement sur les connaissances des femmes sur le périnée et leurs attentes concernant la rééducation du périnée après l'accouchement.

La rééducation périnéale telle qu'elle est proposée aujourd'hui a montré son efficacité dans le traitement des troubles périnéaux liés à la grossesse et à l'accouchement notamment concernant l'incontinence urinaire.

Mais à ce jour, l'intérêt de la rééducation telle que proposé à titre préventif après l'accouchement n'a pas été démontré. Pour autant la prévention et l'éducation des femmes après l'accouchement sont à privilégier et à adapter au mieux aux besoins des femmes dans cette période particulière.

Ainsi, nous souhaitons recueillir vos besoins et vos attentes afin d'adapter cette prise en charge après l'accouchement

Pour cela nous avons réalisé un questionnaire qui vous prendra moins de 10 minutes et nous vous sollicitons pour y répondre. Il s'agit d'une étude anonyme et non obligatoire.

En vous remerciant par avance du temps que vous nous accordez.

Lucie et Aliciane

Partie n°01 : La connaissance du périnée.

Question 1 : Comment estimez vous votre niveau de connaissance au sujet du périnée ?

Très bon	Bon	Plutôt bon	Plutôt mauvais	Mauvais	Très mauvais
<input type="radio"/>					

Question 2 : Comment estimez vous savoir localiser le périnée d'un point de vue anatomique ?

Parfaitement	Bien	Plutôt bien	Plutôt pas bien	Pas bien	Pas du tout
<input type="radio"/>					

Question 3 : Comment estimez-vous connaître les différents rôles du périnée ?

Parfaitement Bien Plutôt bien Plutôt pas bien Pas bien Pas du tout

Question 4 : Comment estimez-vous connaître les différents facteurs influençant la survenue des troubles liés aux périnées (incontinences urinaires et/ou anales, descente d'organe...)?

Parfaitement Bien Plutôt bien Plutôt pas bien Pas bien Pas du tout

Question 5 : Par quel biais avez-vous eu des informations sur le périnée ?

- Un professionnel de santé lors de consultations.
- Un professionnel de santé lors de séances de préparation à la naissance.
- Un professionnel de santé dans d'autres contextes.

Si oui, lequel : _____

- Durant votre cursus scolaire (collège, lycée, études supérieures...).
- Par le biais de votre entourage (famille, amis).
- Dans votre environnement professionnel.
- Par les médias (Télévisions, internet, réseaux sociaux...).
- Sur des dépliants informatifs à visée commerciale.
- Sur des dépliants informatifs fait par des professionnels.
- Je n'ai jamais eu d'informations.
- Autre : _____

Question 6 : Quel support de communication privilégiez-vous ?

- Support numérique
- Support papier
- Entretiens individuels avec un professionnel
- Entretiens en groupe avec un professionnel
- Autre : _____

Partie n°02 : La rééducation périnéale.

Question 1 : En dehors des troubles périnéaux, quel(s) autre(s) sujet(s) voudriez-vous aborder lors d'une consultation de rééducation périnéale ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Apprendre à mieux connaître votre corps.
- Comment ne pas abimer votre périnée au quotidien.
- Des informations sur le post-partum.
- La reprise de l'activité sportive.
- La reprise de la vie sexuelle.
- Comment retrouver votre poids d'avant la grossesse.
- Comment retrouver votre féminité.
- Autre : _____

Question 2 : Quelle(s) forme(s) voudriez-vous que prennent ces informations ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Des conseils écrits.
- Un texte décrivant des exercices de rééducation.
- Des schémas.
- Des vidéos explicatives.
- Un échange avec un praticien.
- Autre : _____

Question 3 : Quel(s) support(s) voudriez-vous utiliser ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Un document écrit.
- Un document numérique disponible sur internet.
- Une application mobile.
- Je préfère une consultation.
- Autre : _____

Question 4 : De quelle façon voudriez-vous que cette prise en charge rééducative soit organisée ?

- Plusieurs séances par semaine sur une courte période.
- Une séance par semaine pendant quelques mois.
- Quelques séances irrégulières sur une longue période.
- Une seule séance.
- Une seule séance à distance de l'accouchement (6 mois ou +)
- Aucune séance si possible.
- Autre : _____

Question 5 : Avez-vous des remarques ou des suggestions à nous faire ?

Nous vous remercions pour vos réponses ainsi que pour le temps que vous nous avez accordé.

Lucie DUCASTEL et Aliciane TOSTAIN

Annexe II : Recommandations du CNGOF

Recommandations pour la pratique clinique Post-partum (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) 91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation

L. MARPEAU, président (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen, CNGOF), M.V. SENAT, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Angers, CNGOF), G. BREART méthodologiste (Inserm), A. BATTUT (sage-femme secteur privé, Paris, CNSF, Collège national des sages-femmes), F. DIERS (CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance), C. DUCROUX-SCHOUWEY (CIANE), C. LE BOT (Direction des ressources humaines et des écoles, CHU Tours) Experts du groupe de travail D. BENHAMOU (anesthésie-réanimation, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), S. BYDLOWSKI (psychiatre secteur public, Paris), A. CHANTRY (sagefemme épidémiologiste, Inserm, Paris), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), M. DORET (gynécologue obstétricien, Recommandations pour la pratique clinique Post-partum (texte court) Elaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français CHU, Lyon), F. FUCHS (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), G. GASCOIN (pédiatre, CHU, Angers), L. MARCELLIN (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. PLU-BUREAU (gynécologue médicale, CHU, Paris), B. RACCAH-TEBEKA (gynécologue médicale et endocrinologue, CHU, Paris), E. SIMON (gynécologue obstétricien, CHU, Tours)

Experts du groupe de travail

D. BENHAMOU (anesthésie-réanimation, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), S. BYDLOWSKI (psychiatre secteur public, Paris), A. CHANTRY (sagefemme épidémiologiste, Inserm, Paris), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), M. DORET (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), F. FUCHS (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), G. GASCOIN (pédiatre, CHU, Angers), L. MARCELLIN (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. PLU-BUREAU (gynécologue médicale, CHU, Paris), B. RACCAH-TEBEKA (gynécologue médicale et endocrinologue, CHU, Paris), E. SIMON (gynécologue obstétricien, CHU, Tours)

Lecteurs

S. ALOUINI (gynécologue obstétricien, CH, Orléans), G. AMARENCO (médecine physique et de réadaptation, CHU, Paris), N. ANQUETILDELARUE (gynécologue obstétricien, CH, Lillebonne), O. ANSELEM (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), N. BAUNOT (sage-femme coordonnatrice, réseau de santé périnatal parisien, Paris), E. BEAUFILS (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), A. BENACHI (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), S. BENJILANY (sage-femme secteur privé, Enghien-les-Bains), G. BENOIST (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), M. BERNARD (kinésithérapeute secteur privé, Evry), G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), N. BOGUSZ (sage-femme, CHU, Nancy), M.P. BONNET (anesthésie réanimation, CHU, Paris), M. BONNIN (anesthésie réanimation, CHU, Clermont-Ferrand), V. BOULINGUEZ (sagefemme, CHU, Paris), P. BOULOT (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), F. BRETTELLE (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), C. BRICAIRE (gynécologue endocrinologue secteur privé, Paris), X. CARCOPINO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), N. CHABBERTBUFFET, gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Z. CHAKHTOURA (gynécologue médicale, CHU, Paris), C. CHARLIER-WOERTHER (infectiologue, CHU, Paris), D. CHASSARD (anesthésie réanimation, CHU, Lyon), A.L. CHUILON (sage-femme enseignante, CHU, Paris), E. CLOUQUEUR (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), R. COLLIN (sage-femme, réseau sécurité naissance, CHU, Nantes), C. COLMANT (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), I. DERRENDINGER (sage-femme enseignante, CHU, Nantes), R. de TAYRAC (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), S. de TAYRAC (sage-femme secteur privé, Nîmes), P. DOLLEY (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), C. DRAN (sage-femme enseignante, UFR, Montigny-le-Bretonneux), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), N. DUTRIAUX (sage-femme secteur privé, Herblay, CNSF), W. EL HAGE (psychiatre, CHU, Tours), S. EPIVENT (sage-femme territoriale, PMI, Mantes-la-Jolie), M.P. FAURETHOUVENIN (sage-femme secteur privé, Viroflay), D. FERNANDEZ (sagefemme secteur privé, Le Plessis-Robinson), C. FISCHER (anesthésie réanimation, CHU, Clamart), X. FRITEL (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), A. GAUDINEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), M. JULIEN (sage-femme attachée de recherche clinique, CHU, Clermont-Ferrand), M. LACHOWSKI (gynécologue et psychosomatienne secteur privé, Paris), M. LAMBERT (gynécologue médicale CHU, Bordeaux), B. LANGER

(gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), S. LASOCKI (anesthésie réanimation, CHU, Angers), O. LAUNY (infectiologue, CHU, Paris), C. LAURENT (coordonnatrice médicale et administrative de l'IHAB, Initiative hôpital ami des bébés), C. LECONTE (sage-femme territoriale, Conseil départemental de Haute-Savoie, Thonon-les-Bains), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M. LOOBUYCK (kinésithérapeute secteur privé, Paris, SIREPP, Société internationale de rééducation en pelvi-périnéologie), P. LUCIDARME (sage-femme, ESPIC, Paris), E. MACHEVIN (gynécologue obstétricien, CH, Evreux), L. MANDELBROT (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), A. MARCHALOT (pédiatre secteur privé, Vire), P. MARES (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), F. MOUSTEQU (gynécologue médicale secteur privé, Cagnes-sur-Mer), S. NICITA (sage-femme, HP à but non lucratif, Marseille), I. NISAND (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), J. NIZARD (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), O. PARANT (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), S. PARAT (pédiatre, CHU, Paris), S. PAUTHIER (gynécologue obstétricien, CH, Mont-Saint-Aignan), F. PIERRE (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), F. PIZZAGALLI (sage-femme, CHU, Rouen), P. POULAIN (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), E. PROT (sagefemme enseignante, UFR, Montigny-le-Bretonneux), D. PROVOST (anesthésiste, CHU, Rouen), F. PUECH (gynécologue obstétricien, Lille), P. RAYNAL (gynécologue obstétricien, CH, Le Chesnay), A. RICBOURG (gynécologue obstétricien, CHI, Neuilly-sur-Seine), D. RICROS (sage-femme enseignante, CHU, Bordeaux), E. RODIER (sage-femme, CHU, Angers), S. ROSENCHER (anesthésie réanimation, CHU, Paris), R.C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), T. SIMONET (anesthésie réanimation, CHU, Caen), D. SOUDAN (coloproctologue, ESPIC, Paris), M. TERRIERES (sage-femme, CH, Eaubonne), C. THULLIER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), J. TORT (sage-femme épidémiologiste, coordonnatrice d'un réseau de santé périnatale secteur privé, Paris), P. TOURNEUX (médecine néonatale, CHU, Amiens), V. TSATSARIS (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), D. TURPIN (gynécologue obstétricien, CH, Blois), G. VALANCOGNE (kinésithérapeute secteur privé, Lyon), F. VENDITTELLI (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), M.L. VILLARS (sage-femme coordonnatrice de la filière régionale de psychiatrie périnatale, CH, Limoges), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes)

Résumé

Objectif - Déterminer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en postpartum, que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou par césarienne.

Matériel et méthodes - Consultation de la base de données Medline, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères. Ce texte court ne met en exergue que les éléments nouveaux et/ou jugés fondamentaux par le groupe de travail.

Résultats - Parce qu'il est associé à une diminution de la morbidité néonatale (moindre fréquence de pathologies cardio-vasculaires, infectieuses, atopiques et d'obésité infantile) (NP2) ainsi qu' à un meilleur développement cognitif (NP2), un allaitement maternel exclusif et prolongé est recommandé (grade B) entre 4 et 6 mois (accord professionnel). Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet (grade A) et de promouvoir un allaitement maternel à la demande (grade B). Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation (accord professionnel). Les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne doivent pas être prescrits de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter (accord professionnel). La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves (accord professionnel). Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont les médicaments à privilégier (accord professionnel).

Quel que soit le mode d'accouchement, la réalisation d'une numération formule sanguine n'est pas systématique (accord professionnel). Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée (accord professionnel). Le seul traitement étiologique des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le blood-patch (NP2), celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 h (accord professionnel). Le statut vaccinal des femmes et de leur entourage est à évaluer (accord professionnel).

La surveillance postopératoire immédiate après césarienne (sous anesthésie locorégionale ou générale), doit se dérouler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) à proximité de la salle de naissance (accord professionnel). Un protocole antalgique multimodal doit être élaboré par l'équipe médicale (accord professionnel). L'administration par voie orale des antalgiques doit être privilégiée et utilisée de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel). Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). La réhabilitation postopératoire précoce est encouragée (accord professionnel).

La consultation postnatale est recommandée et est à réaliser dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement (accord professionnel).

La stratégie contraceptive en post-partum immédiat (dans les 6 semaines) est la même que la femme allaite ou non (accord professionnel).

Il est recommandé de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée (grade B), et de la prescrire à la sortie de la maternité (accord professionnel). Compte tenu de l'augmentation du risque thromboembolique veineux après l'accouchement, il est recommandé de ne pas utiliser une contraception estroprogestative avant 6 semaines en post-partum (grade B).

La rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques à 3 mois n'est pas recommandée (accord professionnel). Elle est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C). La rééducation périnéale du postpartum n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C).

La durée optimale de séjour à la maternité pour le nouveau-né est fonction de l'organisation à la sortie, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (accord professionnel).

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important (NP3).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3).

Conclusion - Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant.

Mots clés : allaitement, post-partum, contraception, rééducation périnéale, dépression postnatale, césarienne, nouveau-né

10. RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET ABDOMINALE DANS LE POST-PARTUM

La rééducation du post-partum est largement répandue en France, mais il existe de très nombreuses « techniques » et des pratiques très disparates tant sur l'indication que les modalités pratiques de réalisation.

Aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme. Elle n'est donc pas recommandée (accord professionnel).

La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. Au moins 3 séances guidées par un thérapeute sont recommandées, associées à des exercices réalisés au domicile. Cette rééducation du post-partum améliore l'incontinence urinaire à court terme (1 an), mais pas à long terme (6-12 ans). La rééducation périnéale précoce (dans les deux mois suivant l'accouchement) n'est pas recommandée (grade C). La rééducation périnéale du post-partum chez les femmes présentant une incontinence anale est associée à une prévalence moindre de symptômes d'incontinence anale à court (1 an) (NP3) mais pas à long terme (6 et 12 ans) (NP3). La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C) mais ses résultats ne sont pas maintenus à moyen ou long terme. La rééducation périnéale guidée par un thérapeute n'est pas plus efficace (tant sur le plan anatomique que symptomatique) que de simples conseils de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien pour prévenir/corriger à court terme (6 mois) un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum (NP2), qu'il existe ou non un défaut du levator ani (NP3). La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3). La rééducation périnéale du post-partum guidée par un thérapeute n'est donc pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C). Aucun essai randomisé n'a évalué l'effet de la rééducation périnéale après un épisode de rétention ou dysurie du post-partum, ni dans la prévention primaire de l'incontinence anale en cas de périnée complet, ni chez des patientes présentant une incontinence anale dans les suites d'un périnée complet. La rééducation n'est donc pas recommandée dans ces situations (accord professionnel).

12. LES TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION APRÈS LA NAISSANCE

L'adaptation au nouveau rôle de mère, ses importantes responsabilités conduisent à un certain déséquilibre psychologique qui est un phénomène tout à fait habituel en post-partum, notamment en cas de première grossesse. Cependant, la santé mentale maternelle peut s'altérer à la naissance d'un enfant et certaines femmes rencontrent à cette période des troubles psychiatriques importants.

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux (NP2). Le blues du post-partum est extrêmement fréquent (50 à 80 % des naissances), survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement. Il est transitoire et spontanément résolutif dans les dix premiers jours (NP2). Un blues sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale (NP2).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Compte tenu de sa prévalence (environ 13 %) et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé (NP2). Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3). Les facteurs de risque de la dépression du post-partum sont les facteurs de risque psychosociaux (NP2), toutes les interventions chirurgicales autour de la naissance, un épuisement et une mauvaise santé physique maternelle (NP3), la prématurité, le handicap, les grossesses multiples, un bébé inconsolable, agité, et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil (NP3). L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) est l'outil de dépistage de la dépression du postpartum le plus fréquemment utilisé. Cependant, son utilisation systématique n'est pas recommandée, la rencontre clinique restant à privilégier, afin de faciliter l'identification et la recherche de facteurs de risque des femmes pour lesquelles une attention particulière sur le plan psychosocial et clinique doit être portée (accord professionnel).

La consultation des premières semaines du post-partum avec les professionnels de terrain (pédiatres, sages-femmes, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, etc.) doit être l'occasion de repérer l'éventuel malaise psychique maternel (accord professionnel). La dépression du post-partum récidive dans la majorité des cas lors de la grossesse suivante (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important (NP3). Les interventions psychosociales et psychologiques pour les femmes à risque (visites à domicile, soutien téléphonique et psychothérapie ; interventions individuelles et groupales) ont montré leur efficacité préventive sur le risque de développement de la dépression du post-partum (NP2). Des visites à domicile auprès de mères déprimées ont montré leur efficacité sur l'amélioration de la qualité des interactions mère-bébé et le développement de l'enfant (NP3).

Les troubles anxieux sont fréquents, environ 13 % des naissances, et de nature diverse telle que le trouble de stress post-traumatique. Ils sont très souvent associés aux troubles dépressifs (NP3). La grossesse et le post-partum sont des périodes propices aux liens avec les professionnels de santé. Les nouveaux parents sont souvent à la recherche de soutien pour faire face aux bouleversements associés à l'arrivée du nouveau-né. Le post-partum constitue ainsi, pour les cliniciens, une occasion unique d'aborder la santé psychique, sociale et somatique des femmes et de leurs enfants (accord professionnel). Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant (accord professionnel).

Bibliographie

- [1] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. (Green-top Guideline No. 37a). 2015; Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg37a/>.
- [2] Chan WS, Rey E, Kent NE. VTE in Pregnancy Guideline Working Group, Chan WS, *et al.* Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2014 Jun;36(6):527-53.
- [3] Samama CM, Albaladejo P, Laversin S, and Marret E. Prevention of venous thromboembolism in surgery and obstetrics]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(8):853-61.
- [4] Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e691S-736S.