



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Enquête sur la collaboration sages-
femmes / masseurs-kinésithérapeutes
pour la prévention des troubles
périnéaux chez la femme enceinte**

LUCAS Mélanie

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021

Juin 2021

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier mon directeur de mémoire, Thibaud Simonin, pour m'avoir encadrée tout au long de ce travail, mais également pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils avisés.

Merci à Béatrice Favennec, masseur-kinésithérapeute, et Amélie Quentel, sage-femme, pour m'avoir aidée dans la construction des questionnaires grâce à vos remarques avisées.

Je remercie ma famille et mes amis, qui m'ont accompagnée pendant ces cinq années. Merci pour votre soutien, votre patience et vos encouragements dans la réalisation de ce travail de fin d'étude. Merci à tous ceux qui ont contribué à la relecture de ce mémoire.

Enfin, je voudrais également remercier tous les organismes ayant accepté de diffuser mes sondages ainsi que tous les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes qui ont pris le temps d'y répondre.

Table des matières

Introduction	1
1. La grossesse	2
2. Le périnée	3
2.1. Plan profond.....	3
2.2. Plan superficiel.....	4
2.3. Centre tendineux du périnée	6
2.4. Innervation du périnée	6
2.5. Fonctions	7
3. Conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée	9
3.1 Conséquences de la grossesse sur le périnée	9
3.2 Le périnée lors de l'accouchement	9
4. Prévention	16
4.1 Définition.....	16
4.2 Les techniques de prévention des troubles périnéaux.....	16
5. Les acteurs de la rééducation périnéale	17
5.1 Les masseurs-kinésithérapeutes	17
5.2 Les sages-femmes	19
6. Démarche réflexive	23
7. Méthodologie	24
7.1 Choix de la méthode.....	24
7.2 Population cible.....	24
7.3 Réalisation des questionnaires	25
7.4 Diffusion des questionnaires.....	29
7.5 Exploitation des données	30

8. Recueil des données	31
8.1. Résultats du groupe masseurs-kinésithérapeutes	31
8.2 Résultats du groupe sages-femmes.....	35
9. Analyse des résultats	40
9.1 Analyse par profession	40
9.2 Analyse croisée entre sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes.....	45
10. Discussion	48
10.1 Limites du sondage.....	48
10.2 Confrontation des résultats avec les hypothèses	50
10.3 Perspective	51
11. Conclusion	53
Bibliographie	55

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Répartition hommes/femmes dans le groupe MK	30
Figure 2 : Répartition en tranches d'âges dans le groupe MK	30
Figure 3 : Répartition en fonction du mode d'exercice du groupe MK.....	30
Figure 4 : Répartition en fonction du type de pratique de la rééducation périnéale dans le groupe MK	31
Figure 5 : Répartition des moyens de rééducation utilisés dans le groupe MK.....	31
Figure 6 : Répartition de l'avis du groupe MK sur leur aptitudes à réaliser de la p prévention périnéale au cours de la grossesse	32
Figure 7 : Répartition de la pratique de la prévention périnéale chez la femme enceinte dans le groupe MK	32
Figure 8 : Répartition des moyens de rééducation utilisés par les SF selon le groupe MK	33
Figure 9 : Répartition de la collaboration avec les SF pour la rééducation périnéale dans le groupe MK.....	33
Figure 10 : Répartition de l'envie de collaborer avec les SF dans le groupe MK (ne collaborant pas avec SF).....	33
Figure 11 : Répartition hommes/femmes dans le groupe SF.....	34
Figure 12 : Répartition en tranches d'âges du groupe SF.....	34
Figure 13 : Répartition en fonction du mode d'exercice du groupe SF.....	35
Figure 14 : Répartition du type de pratique de la rééducation périnéale dans le groupe SF.....	35
Figure 15 : Répartition des moyens de rééducation utilisés dans le groupe SF.....	36
Figure 16 : Répartition de la pratique de la prévention périnéale chez la femme enceinte dans le groupe SF.....	36
Figure 17 : Répartition de l'avis du groupe SF sur les aptitudes du MK à pratiquer la rééducation périnéale au cours de la grossesse.....	37
Figure 18 : Répartition de l'avis du groupe SF sur les aptitudes du MK à réaliser la prévention périnéale au cours de la grossesse.....	37
Figure 19 : Répartition des moyens de rééducation utilisés par les MK selon le groupe SF.....	37
Figure 20 : Répartition de la collaboration avec les MK du groupe SF.....	38
Figure 21 : Répartition de l'envie de collaborer avec les MK du groupe SF (ne	

collaborant pas avec MK).....38

Figure 22 : Tableau du nombre de participants nécessaires par rapport à la taille de la population contre le nombre de répondants réel et les marges d'erreur correspondantes (chiffres calculés grâce au logiciel du site Check Market qui utilise la loi normale).....47

Introduction

Au cours de la vie d'une femme, la grossesse et le post-partum sont des périodes pouvant engendrer des troubles périnéaux. En effet, ces troubles sont principalement dus au traumatisme périnéal lors de l'accouchement notamment par voie basse puisqu'il va modifier la statique pelvienne, provoquer des lésions musculaires et nerveuses. Ces troubles, et en particulier l'incontinence urinaire, le prolapsus uro-génital et la dyspareunie sont fréquents et ont un retentissement important sur la qualité de vie et la santé des femmes. Cependant, les femmes donnant naissance par césarienne sont également sujettes à ces troubles. Ceci suggère donc l'existence d'un impact spécifique lors de la grossesse sur la sphère pelvienne(1). En effet, il y a de nombreuses modifications anatomiques et physiologiques au cours de cette période, constituant un facteur non-négligeable dans la survenue de ces dysfonctions puisque la statique rachidienne doit s'adapter à l'augmentation de poids et du volume de l'utérus gravide.

L'impact de ses dysfonctions pelviennes sur la santé des femmes relève d'une priorité en matière de santé publique et fait partie des 100 objectifs définis en 2004 par le Parlement(2). De plus, sachant que la grossesse et l'accouchement sont des facteurs de risque avérés et qu'il y a un retentissement sur la qualité de vie, il semble nécessaire de réfléchir à l'intérêt d'une stratégie d'intervention en prévention primaire, voire secondaire au cours de la grossesse afin de diminuer ces traumatismes.

Actuellement, les sages-femmes effectuent les soins en pré-partum et en post-partum immédiat avec la première visite post-natale effectuée entre 6 et 8 semaines. En fonction de l'état du périnée, elles peuvent prescrire des séances de rééducation. Cependant, le masseur-kinésithérapeute peut-il avoir un rôle en pré-partum et notamment sur la prévention et l'éducation thérapeutique des troubles du périnée ? Pouvons-nous, en collaboration avec les sages-femmes, agir lors de la grossesse afin de diminuer la prévalence des atteintes périnéales ?

Dans ce mémoire, il sera question de faire un état des lieux sur les éléments pouvant influencer la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ?

La question qui se pose est : quels sont les éléments pouvant influencer la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ?

1. La grossesse

La grossesse est un terme générique désignant tous les phénomènes qui ont lieu depuis la conception jusqu'à l'accouchement(3). Celle-ci permet toutes les étapes du développement de l'embryon jusqu'à la naissance. Elle survient suite à un rapport sexuel ou après une fécondation médicalement assistée. Dès la fécondation de l'ovule par les spermatozoïdes, l'œuf se constitue et se développe progressivement dans l'utérus en devenant un embryon puis un fœtus jusqu'à l'expulsion lors de l'accouchement(4).

La grossesse entraîne de nombreux changements physiques et psychologiques. En effet, celle-ci peut entraîner des incontinences urinaires, une prise de poids plus ou moins importante, une sensibilisation plus importante à certains aliments ou certaines odeurs, des troubles de l'humeur et du sommeil, ... De plus, certaines maladies peuvent entraîner des complications lors de la grossesse, un dépistage est donc nécessaire (diabète gestationnel, toxoplasmose, ...).

L'évolution de la grossesse est déterminée en « semaines d'aménorrhées (SA) », qui commence le dernier jour des dernières règles. Une grossesse normale dure en moyenne 39 SA. En effet, le terme est compris entre la 37^{ème} et la 41^{ème} SA.

Si l'accouchement a lieu avant la 37 SA alors on parlera de naissance prématurée. La prématurité moyenne correspond à une naissance entre la 32^è et la 36^è SA, la grande prématurité est comprise entre 28 et 32 SA, et la très grande prématurité correspond à une naissance avant 28 SA.

Une femme en état de grossesse est aussi appelée une femme enceinte.

2. Le périnée

La paroi interne du pelvis est constituée de 4 muscles et leurs fascias respectifs : le muscle piriforme, le muscle obturateur interne, le muscle élévateur de l'anus et le muscle coccygien. Les deux derniers forment le diaphragme pelvien séparant la cavité pelvienne et le périnée. Ce diaphragme pelvien est composé de deux hiatus : le hiatus uro-vaginal avec le passage de l'urètre et du vagin, et le hiatus anal contenant la jonction anorectale. (5) [ANNEXE I]

2.1. Plan profond

Le plan profond est constitué de deux muscles : le muscle élévateur de l'anus et le muscle coccygien.

2.1.1. Muscle élévateur de l'anus

Le muscle élévateur de l'anus est le muscle principal du diaphragme pelvien et est constitué de deux parties :

- Le muscle iliococcygien naissant de la face postérieure du pubis, de l'arc tendineux du muscle élévateur de l'anus et de la face interne de l'épine ischiatique et se dirige en bas et en arrière pour terminer sur le ligament anoccygien et les bords latéraux du coccyx. Lors d'un effort de poussée, les organes s'appuient sur ce muscle. Lorsqu'il se verticalise en cas d'affaiblissement musculaire, il entraîne un élargissement de la fente urogénital favorisant ainsi la survenue d'un prolapsus (5).
- Le muscle puborectal, lui-même constitué de trois faisceaux :
 - Le faisceau latéroréctal se terminant sur la paroi latérale du rectum, s'insinuant entre les sphincters interne et externe de l'anus
 - Le faisceau rétrorectal se terminant sur l'angle ano-rectal
 - Le faisceau coccygien se terminant sur la face antérieure du coccyx et le ligament sacrococcygien et le ligament sacrococcygien ventral

Ce muscle permet l'élévation du rectum, du vagin et de l'urètre dû à sa contraction.

- Le muscle pubovaginal se terminant sur le centre tendineux du périnée

D'un point de vue fonctionnel, ce muscle est principalement constitué de fibres de type I comme tous les muscles posturaux. Ces fibres de type I sont des fibres à contraction lente,

fonctionnant sur un mode oxydatif provoquant des contractions toniques prolongées. Cela peut s'expliquer par la station érigée, qui nous caractérise en tant qu'espèce humaine, en raison de la pression constante exercée par le poids des viscères pelviens. La proportion de ses fibres varie en fonction du faisceau du muscle élévateur de l'anus. En effet, il y a une augmentation des fibres de type II dans les régions périurétrale et périnéale suggérant un tonus de base permettant de supporter le poids des viscères pelviens en position debout et faire face à une soudaine augmentation de la pression abdominale (5).

2.1.2. Le muscle coccygien

Le muscle coccygien, qui est accessoire, se situe en arrière du muscle élévateur de l'anus et s'étend de l'épine ischiatique aux bords latéraux du coccyx et du sacrum. Il ferme la cavité pelvienne en arrière. (5)

2.2. Plan superficiel

Le périnée superficiel est limité par un cadre ostéo-fibreux, avec en avant la symphyse pubienne, latéralement les branches ischio-pubiennes et les tubérosités ischiatiques, et en arrière par l'apex du coccyx. Le périnée est divisé en deux régions triangulaires par la ligne bitubérotaire : le périnée urogénital, antérieur, orienté en bas et en avant, et le périnée anal, postérieur, orienté en bas et en arrière. Entre ces deux régions, se trouve, sur la ligne médiane, le centre tendineux du périnée. C'est un noyau fibreux solide constituant une zone d'insertion des faisceaux du muscle pubococcygien et des muscles du périnée (5).

2.2.1. Le périnée urogénital

Le périnée urogénital se divise en deux plans musculaires :

- Les muscles superficiels
- Les muscles profonds

2.2.1.1. Les muscles superficiels

Les muscles superficiels du périnée uro-génital sont au nombre de trois (5) :

- Le muscle ischio-caverneux qui va de la branche ischiatique, se dirige en avant et en dedans, pour finir sur l'albuginée du corps caverneux. Sa contraction comprime le corps caverneux.

- Le muscle bulbospongieux qui naît du centre tendineux du périnée, se dirige en avant et en dedans, et se termine par un faisceau postérieur sur le corps du clitoris et un faisceau antérieur qui fusionne avec son homologue controlatéral au-dessus des vaisseaux dorsaux profonds du clitoris, pour former une sangle. Sa contraction comprime la veine grande dorsale du clitoris, favorisant son érection. Il a pour action de permettre l'ouverture vaginale et l'abaissement du clitoris. De plus, il joue un rôle dans la continence urinaire par action sur la clôture de l'urètre et aide également à la vidange en fin de miction.
- Le muscle transverse superficiel qui naît de la face interne de la branche ischiatique et se termine sur le centre tendineux du périnée. Il favorise l'action des autres muscles périnéaux s'insérant sur le centre tendineux. Il a un véritable rôle de soutènement.

2.2.1.2. Les muscles profonds

Les muscles profonds du périnée antérieur ou uro-génital sont (5):

- Le muscle sphincter de l'urètre entourant le tiers moyen de l'urètre et qui est divisé en deux parties :
 - Le muscle urétrovaginal contenant des fibres circulaires qui encerclent l'urètre et des fibres arciformes qui s'insèrent en avant sur les faces latérales du vagin.
 - Le muscle compresseur de l'urètre contenant des fibres transversales tendues sous l'urètre, s'insérant sur la face médiale des branches ischiopubiennes. Il a un rôle essentiel dans la continence urinaire, car il permet la fermeture de la lumière urétrale.
- Le muscle transverse profond qui naît de la face interne de la branche ischiatique et se termine sur le centre tendineux du périnée et le vagin.

2.2.2. Le périnée anal

Le muscle sphincter externe de l'anus, seul muscle du périnée anal, encerclant la partie inférieure du canal anal. Il présente trois parties :

- Une partie sous-cutanée
- Une partie superficielle qui s'insère en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée
- Une partie profonde, qui échange des fibres avec le muscle puborectal

Il a pour action, d'assurer la continence ano-rectale par la striction de l'anus. En effet, au repos, il assure 15 % de la pression d'occlusion du canal anal et garantit pendant une minute environ, avec l'aide du muscle pubo-rectal, la continence d'urgence. Ce temps permet au rectum d'adapter sa compliance (5).

2.3. Centre tendineux du périnée

Le centre tendineux du périnée, aussi appelé corps périnéal, est une formation fibromusculaire pyramidale située sous la peau du périnée entre le périnée uro-génital en avant et le canal anal en arrière. Son sommet se prolonge, chez la femme, avec le septum recto-utérin. Il donne insertion aux muscles élévateurs de l'anus, transverses du périnée et bulbo-spongieux. De plus, il contient des myofibres lisses formant le muscle recto-vaginal chez la femme(6).

Il a un rôle important dans la statique pelvienne, car il constitue un point de support pour le vagin et l'utérus. Toute lésion ou étirement des muscles responsables de la statique pelvienne pourra entraîner un prolapsus (déplacement vers le bas d'un ou plusieurs organes pelviens)(7).

2.4. Innervation du périnée

Les viscères pelviens et les structures périnéales sont pourvus d'une innervation riche, somatique et végétative.

2.4.1 Innervation somatique

Cette innervation somatique, est composée d'une partie motrice et d'une partie sensitive. En ce qui concerne la partie motrice, elle est assurée par le plexus pudendal notamment par le nerf pudendal (racines S2 à S4) qui innerve les muscles, les téguments et les organes périnéaux ainsi que les muscles et les viscères pelviens à l'exception des ovaires.

En ce qui concerne la partie sensitive, elle est assurée par les nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral du plexus lombal, les branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse du plexus sacral, et par le nerf pudendal du plexus pudendal (ou honteux)(8).

2.4.2 Innervation végétative ou autonome

L'innervation autonome des viscères pelviens provient majoritairement des plexus hypogastriques inférieurs, mais aussi du plexus hypogastrique supérieur, des plexus ovariens et du plexus rectal supérieur.

Ces plexus sont constitués d'un système sympathique et d'un système parasympathique. En ce qui concerne le système sympathique, il permet la continence urinaire et anale par contraction des sphincters urétral et anal interne et ainsi aide au remplissage de la vessie. Pour le système parasympathique, il permet la miction par relâchement des sphincters urétral et anal(8).

2.5. Fonctions

Le plancher pelvien est composé de plusieurs rôles indispensables dans la vie d'une femme : le rôle de soutien des organes pelviens, le rôle vésico-sphinctérien et un rôle sexuel.

Le périnée, lui, a deux rôles contraires : un rôle de soutien des viscères et de continences nécessitant la tonicité des muscles périnéaux ainsi qu'un rôle de passage notamment lors d'un accouchement par voie basse, nécessitant la souplesse et le relâchement musculaire du plancher pelvien(9).

2.5.1 Rôle de soutien

Les muscles périnéaux forment un hamac assurant le soutien des organes pelviens par leur tonicité lors des différentes variations de pression. En effet, la pression varie en fonction de la position du corps notamment lors de la position debout, car le poids des viscères repose entièrement sur le plancher pelvien. Cette pression augmente au cours de la grossesse par la prise du volume de l'utérus et par le poids du fœtus.

Le noyau fibreux central du périnée permet également un rôle de soutien. Il est très résistant et est donc indispensable pour l'ensemble musculaire. Cependant, les deux zones de passage qui sont les hiatus uro-génital et anal, sont des zones de faiblesse pour le soutien viscéral(9).

De plus, le périnée est fragilisé au cours des événements de la vie d'une femme, tel que la grossesse, l'accouchement, la période de post-partum et l'apparition de la ménopause.

2.5.2 Rôle de passage

Lors de l'accouchement, un passage au travers des muscles du plancher pelvien est indispensable pour laisser passer le fœtus. Pour ce faire, l'élasticité et le relâchement des muscles du périnée sont nécessaires(9).

3. Conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée

3.1 Conséquences de la grossesse sur le périnée

Lors de la grossesse, le plancher pelvien a principalement un rôle de soutien pour le fœtus provoquant des modifications de celui-ci.

Tout d'abord, de par des modifications hormonales, la grossesse s'accompagne généralement d'une hyperlaxité conjonctive provoquant une hyperlordose lombaire due à un relâchement des ligaments vertébraux ainsi que d'une antéversion du bassin par mobilité des articulations sacro-iliaques. De plus, de par une hyperpression abdominale pendant la grossesse, on constate un relâchement des muscles de la sangle abdominale s'adaptant à l'évolution du volume utérin chez la femme enceinte.

L'évolution croissante de l'utérus gravide a pour conséquence l'augmentation du poids des viscères pelviens, ainsi qu'un déplacement utérin vers l'avant entraînant l'orientation de la pression vers le hiatus uro-génital et non vers la région anococcygienne. Ce dernier point peut expliquer la survenue exceptionnelle d'un prolapsus génital au cours de la grossesse et peut favoriser son apparition ultérieurement.

Enfin, les modifications anatomiques survenant, au cours de la grossesse, sur le bas appareil urinaire concernent principalement la vessie. En effet, celle-ci devient davantage un organe abdominal que pelvien du fait de sa localisation vers l'avant et en haut sous l'effet de l'utérus gravide. Le trigone vésical, normalement concave, devient convexe ce qui modifie l'orientation et la situation des méats urétraux. De plus, l'étirement latéral des uretères entraîne un raccourcissement de leurs trajets sous-muqueux augmentant ainsi le risque de reflux urétéral.

3.2 Le périnée lors de l'accouchement

3.2.1 Les étapes de l'accouchement

Physiologiquement, l'accouchement est décrit en trois stades(10) :

Le premier stade de travail correspond à la phase de latence (des premières contractions régulières à 5-6 cm de dilatation cervicale) et à la phase active (de 5-6 cm à 10 cm de

dilatation cervicale). Ce stade débute donc à l'apparition des premières contractions régulières à la dilatation complète du col de l'utérus.

Le deuxième stade de travail correspond à la phase de descente et à la phase d'expulsion du fœtus. Ce stade débute donc à la fin de la dilatation du col de l'utérus à la naissance du bébé.

Le troisième stade de travail débute à la naissance de l'enfant et se termine par la délivrance, qui consiste au décollement et à l'expulsion du placenta.

3.2.2 Le périnée lors de l'accouchement

Au cours de l'accouchement, des modifications uréthro-vésicales sont observées. En effet, au cours de l'engagement fœtal, l'urètre vient se plaquer contre la paroi de la symphyse pubienne et le col vésical se déplace vers le haut et l'avant.

Au niveau périnéal, de nombreux changements anatomiques sont notés suivant les différentes étapes de l'accouchement. Dans un premier temps, le fœtus débute sa descente dans l'excavation pelvienne après l'engagement dans le petit bassin. Après avoir participé à la flexion et la rotation du fœtus, le faisceau pelvicoccygien de l'élévateur de l'anus se distend permettant l'ouverture de la fente uro-génitale. Sous la pression du mobile fœtal, le coccyx subit une rétropulsion entraînant l'étirement de la commissure postérieure de l'anus. Ainsi, c'est le périnée postérieur qui est le premier sollicité et distendu notamment dans les variétés antérieures de présentation.

Dans l'effort de poussée, le faisceau puborectal est contracté permettant l'élévation du centre tendineux du périnée, l'attraction du canal anal vers le haut afin d'obtenir une dilatation de l'anus. Ce n'est qu'ensuite, lors de la déflexion du fœtus, que se distend le périnée antérieur. Ensuite plusieurs événements vont se produire : le faisceau puborectal est repoussé en bas et en avant, le centre tendineux du périnée s'étale, la distance anovulvaire s'allonge, et l'orifice vulvaire s'agrandit. Le franchissement de la paroi musculaire de l'élévateur de l'anus constitue le temps essentiel du dégagement.

La dernière épreuve pour l'expulsion du fœtus reste le passage dans le périnée superficiel : l'anneau vulvaire s'horizontalise et se dilate jusqu'à atteindre la taille de la plus grande circonférence du bébé permettant ainsi son passage.

C'est ainsi, lors de l'accouchement et en particulier lors de l'expulsion, que peuvent survenir des lésions traumatiques du périnée notamment musculaires.

3.2.3 Les conséquences périnéales liés à l'accouchement

3.2.3.1 Les déchirures obstétricales du périnée

Les déchirures obstétricales comprennent les déchirures périnéales, vaginales, vulvaires, et cervicales, observées dans 20 à 60 % des accouchements(11).

En ce qui concerne les déchirures périnéales, elles peuvent être de deux types :

- Déchirures fermées (sans déchirure cutanéomuqueuse) qui concernent le noyau fibreux central du périnée, l'aponévrose moyenne, les muscles du périnée superficiel, le plan des releveurs et le fascia pelvien. Elles s'accompagnent d'hématomes intramusculaires responsables d'une sclérose cicatricielle.
- Déchirures ouvertes répertoriées selon la classification anglo-saxonne : (11) (12)

Degrés	Lésions
1 ^{er} degré	Lésions cutanéomuqueuses isolées
2 ^{ème} degré	Lésions du centre tendineux du périnée
3 ^{ème} degré	Déchirures complètes non compliquées avec atteinte du sphincter anal externe
4 ^{ème} degré	Déchirures complètes compliquées avec lésion sphinctérienne et rupture de la paroi anorectale antérieure.

En ce qui concerne les déchirures vulvaires, elles sont de différents types :

- Déchirures vulvaires postérieures, généralement assimilées aux déchirures périnéales simples
- Déchirures hyménéales isolées constantes chez les primipares (le premier accouchement détruit entièrement l'hymen)
- Déchirures nymphéales, se limitant généralement à une éraillure des petites lèvres sur leur partie antérieure. La déchirure peut être plus sévère avec désinsertion qui peut s'étendre sur la face interne des grandes lèvres.
- Déchirures clitoridiennes avec plaies du tissu périurétral

En ce qui concerne les déchirures vaginales, elles sont le plus souvent associées à une épisiotomie ou à une déchirure périnéale et peuvent se prolonger jusqu'au cul-de-sac vaginal et s'associer à une déchirure cervicale.

Enfin, pour les déchirures cervicales, elles sont généralement sous-vaginales.

3.2.3.2 L'épisiotomie

L'épisiotomie ou périnéotomie est une incision chirurgicale du périnée. Elle correspond à « *une incision du pourtour de la vulve de manière à en agrandir l'orifice, ayant pour but d'empêcher la rupture traumatique du périnée au cours de l'accouchement* » (13). Elle est pratiquée lorsque le chirurgien la désigne nécessaire pour éviter les déchirures du périnée. De plus, l'épisiotomie est également censée prévenir les troubles de la statique pelvienne à long terme.

En France, le taux moyen d'épisiotomie est en décroissance. En effet, « en 2003, il était de 71,3 % pour les primipares et de 36,2 % pour les multipares. En 2010, l'enquête nationale périnatale retrouvait un taux de 44,4 % chez la primipare et de 14,3 % chez la multipare »(14).

Il existe deux techniques pratiquées pour réaliser une épisiotomie : médianes, principalement réalisées aux Etats-Unis, et médiolatérales recommandées par le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français).

Pour l'épisiotomie médiane, la section est réalisée de la fourchette vulvaire vers l'anus. Elle a pour avantages d'être facile à réparer, peu hémorragique et peu responsable des dyspareunies. Cependant, les inconvénients sont une faiblesse médiane avec un risque de s'étendre vers l'anus, une atteinte du sphincter anal est retrouvée dans 20 % des cas et il y a une augmentation du taux de fistules vésicovaginales à distance.

En ce qui concerne l'épisiotomie médiolatérale généralisée, réalisée à droite, c'est une section de la partie postérieure de la vulve vers le dehors avec un angle de 45° par rapport à la verticale vers la région ischiatique. Elle coupe successivement la peau, le vagin, les muscles bulbocaverneux et transverse superficiel et le muscle puborectal. Ses avantages sont un risque sphinctérien diminué par rapport à la technique médiane, cependant les douleurs post-opératoires sont plus importantes et cette technique est souvent hémorragique.

3.2.3.3 Les troubles de la continence

a) Les troubles de la continence urinaire

La continence urinaire est dépendante des systèmes nerveux sympathique et parasympathique qui permettent la contraction ou le relâchement du détrusor et des sphincters lisses et striés de l'urètre. En effet, la miction est possible lorsque le détrusor se contracte (contrôlé par le centre parasympathique de la moelle sacrée) et par relâchement des sphincters urétral. (15)

La continence urinaire est le résultat d'un équilibre entre les pressions intra-vésicale et intra-urétrale c'est-à-dire que la pression intra-urétrale doit être supérieure à la pression intra-vésicale cela s'inversant lors de la miction. (16)

Au contraire, l'incontinence urinaire (IU) est définie selon l'International Continence Society (ICS) comme étant « une plainte de toute fuite urinaire involontaire par le patient »(17) et est caractérisée en plusieurs formes(18) :

- L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est la plainte de fuites urinaires lors d'activités physiques, lors de la toux ou lors de l'éternuement. Elle survient par augmentation de la pression abdominale.
- L'urgence mictionnelle est la sensation de besoin mictionnel urgent et brutal difficile à retarder.
- L'incontinence urinaire par impériosité ou urgenturie (IUU) est la plainte de fuite urinaire involontaire, précédée ou accompagnée d'urgence mictionnelle. Elle est généralement associée à une hyperactivité vésicale.
- L'incontinence mixte (IUM) est une association des incontinenes précédentes.

La prévalence de l'incontinence urinaire pendant la grossesse croît avec le terme, elle est maximale en fin de grossesse où elle touche 30 à 50 % des femmes. Il s'agit principalement de fuites urinaires d'effort. En fin de grossesse, 6 % des nullipares se plaignent de fuites d'efforts quotidiennes et 19 % déclarent une gêne supérieure à 5/10 en raison de ses fuites(18).

L'incontinence disparaît généralement après l'accouchement, avec une prévalence d'IUE de 19 % en post-partum immédiat, 6 % à 3 mois et 3 % à un an chez les primipares.

Les principaux facteurs de risque de l'IU de la grossesse sont la parité et une IU préexistante avant la grossesse. Les principaux facteurs de risque d'IU en post-partum

sont l'âge maternel, la parité, le surpoids, une IU préexistante à la grossesse ou de grossesse et enfin l'accouchement par voies basses (comparé à la césarienne).

En ce qui concerne les urgenturies, la pollakiurie diurne et la nycturie, elles sont fréquentes pendant la grossesse à cause de l'augmentation de 50 % de la diurèse au cours de celle-ci. Elles sont rapportées par plus de 50 % des femmes enceintes et disparaissent dans la majorité des cas après l'accouchement. A un an du premier accouchement, la prévalence de l'incontinence par urgenturie est identique (3,5 %) à celle de 12 semaines d'aménorrhée chez les primipares. (19)

b) Troubles de la continence anale

L'incontinence anale est définie selon l'ICS comme « la plainte d'émission de gaz et/ou de selles liquides ou solides ayant un retentissement social ou hygiénique »(20).

Elle a une prévalence de 5 à 10 % pendant la grossesse et le post-partum et semble maximale en fin de grossesse. Pour les incontinenances anales en post-partum, une déchirure sphinctérienne est retrouvée dans la moitié des cas. De plus, les facteurs de risque de cette incontinence en post-partum sont l'âge maternel, la parité, la durée de la deuxième partie du travail obstétrical, une épisiotomie médiane, les déchirures sphinctériennes (périnée complet) et l'accouchement par forceps (l'accouchement par ventouse ne semble pas être un facteur de risque)(19).

3.2.3.4 Les dyspareunies

La dyspareunie est une douleur éprouvée par la femme lors du rapport sexuel et peut être superficielle si elle apparaît au niveau de la vulve et du vagin au début de la pénétration ou profonde si elle est ressentie dans le bas-ventre et au fond du bassin lors d'une pénétration profonde. Elle est fréquente en post-partum. (21)

La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50 % selon les études et le mode d'accouchement. De plus, une déchirure périnéale retarde la reprise des rapports sexuels et est associée à des douleurs plus importantes(19). 60 % des femmes présentent cette douleur à trois mois de l'accouchement, 30 % à six mois et 15 % des auraient encore des rapports sexuels douloureux trois ans après(22).

Dans la majorité des cas, les douleurs sont transitoires et leur disparition spontanée.

3.2.3.5 Les douleurs périnéales

Le syndrome algique périnéal ou douleur périnéale est un problème fréquent dans les suites de l'accouchement. Celui-ci est rapporté comme plus sévère dans le post-partum immédiat cependant une gêne ou une douleur permanente est décrite dans les semaines qui suivent l'accouchement(23).

En effet, 40 % des patientes rapportent des douleurs dans les deux semaines post-accouchement et 20 % d'entre elles sont encore douloureuses à huit semaines des suites de couches.

Les douleurs périnéales peuvent être associées à une éraillure, une déchirure ou à une épisiotomie et peuvent être liées à un hématome périnéal, une désunion ou à une infection du site d'épisiotomie. De plus, une inflammation de la suture provoquant un œdème peut devenir douloureuse(23).

3.2.3.6 Les prolapsus

Le prolapsus génital de la femme se définit comme une « hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien »(24)

Le prolapsus peut être intéressé par trois compartiments :

- Le compartiment antérieur ou vésical aussi appelé cystocèle
- Le compartiment moyen ou utérin (utérus ou fond vaginal) aussi appelé hystérocèle
- Le compartiment postérieur ou rectal (rectum, cul de sac de Douglas et son contenu) aussi appelé rectocèle

La grossesse augmente fortement le risque de prolapsus génital et il semblerait que la première grossesse augmente le risque de développer un prolapsus. (16)

La prévalence de prolapsus génital augmente avec l'âge, la masse corporelle, et le nombre d'accouchements vaginaux.(19)

4. Prévention

4.1 Définition

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.* » (25)

4.2 Les techniques de prévention des troubles périnéaux

Le massage périnéal au cours de la grossesse diminue le taux d'épisiotomie (niveau de preuve 1) ainsi que les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum (niveau de preuve 2). Cependant, il ne diminue pas le taux de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) (niveau de preuve 1), ni le taux d'incontinence urinaire en post-partum (niveau de preuve 2)(26).

Pendant la grossesse, le massage périnéal doit donc être recommandé chez les femmes souhaitant le pratiquer, au minimum trois fois par semaine à partir de la 34^{-ème} semaine de grossesse (36 SA).

En ce qui concerne le dispositif Epi-No, son utilisation n'apporte pas de bénéfice en matière de protection périnéale obstétricale (niveau de preuve 1). Il n'est donc pas recommandé pendant la grossesse pour prévenir les LOSA.

Pour les exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien, il semblerait qu'ils ne préviennent pas le risque de lésions périnéales obstétricales (niveau de preuve 2), cependant, ils diminuent la prévalence de l'incontinence urinaire dans le post-partum entre 3 et 6 mois, mais ne diminuent la prévalence d'incontinence urinaire à 12 mois du post-partum (niveau de preuve 2). De plus, il n'est pas recommandé de pratiquer ces types d'exercices pendant la grossesse pour prévenir des LOSA(26).

5. Les acteurs de la rééducation périnéale

5.1 Les masseurs-kinésithérapeutes

5.1.1 Les compétences des masseurs-kinésithérapeutes

Selon Légifrance(27) : « La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. »

De plus, les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle dans la rééducation périnéale : « prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de [...] rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement »

De plus, « Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention ». Ces actions concernant : « La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention [...] et la pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive »

5.1.2 Les techniques de rééducation utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes

Tout d'abord, les diverses techniques de rééducation périnéale utilisées par le masseur-kinésithérapeute sont mises en œuvre sur prescription médicale. En effet, le MK ne peut exercer sans prescription du médecin.

Avant toute rééducation périnéale, un bilan complet doit être réalisé. Celui-ci est essentiel et va permettre d'identifier les déficiences et les incapacités afin de mieux cerner les situations de handicap en résultant et de pouvoir proposer une rééducation adaptée à la patiente. Ce bilan comprend deux aspects : l'interrogatoire et l'examen clinique. En ce qui concerne l'interrogatoire, il va préciser le motif de la consultation, les douleurs, les antécédents, les traitements, le mode de vie et surtout la symptomatologie des fuites ou problèmes périnéaux permettant d'avoir une bonne appréciation du problème. Pour

l'examen clinique, un « testing » va être effectué afin d'évaluer la force musculaire des abdominaux et des muscles périnéaux, en particulier les muscles releveurs de l'anus qui sont des éléments essentiels pour orienter et contrôler le travail du thérapeute.

Lorsque le bilan est effectué, diverses techniques peuvent être proposées en fonction des résultats trouvés lors du bilan et des attentes et objectifs de la patiente(28). La délivrance d'information doit être systématique afin de faciliter la prise de contact et va permettre de justifier et d'expliquer la nécessité des techniques intravaginales. Cette communication avec la patiente, permettra de créer une relation de confiance ce qui favorisera la participation active et le travail personnel de la patiente, ce qui est indispensable pour la bonne réussite de la rééducation.

Une prise de conscience est également nécessaire en raison de la méconnaissance et de l'ignorance du plancher pelvien. Divers moyens facilitateurs (mise en tension des releveurs, auto-palpation du noyau fibreux central, stretch réflexe, ...) vont permettre d'obtenir une contraction analytique de qualité du plancher pelvien sans compensation d'autres groupes musculaires (adducteurs de hanche, fessiers, ...) ni apnée.

Un travail manuel est également proposé et reste la base de toute rééducation périnéale. En effet, la palpation intravaginale est le seul moyen de varier la nature des contractions, de doser et de localiser les résistances indispensables à l'obtention des qualités musculaires requises. En fonction des symptômes de la patiente, le travail en force, en endurance, de résistance et de tonus sont privilégiés. Ce travail manuel, permet l'apprentissage du verrouillage périnéal à l'effet.

Les cônes peuvent être proposés au cours de la rééducation. Ce sont des dispositifs intravaginaux de poids croissants permettant le renforcement du plancher pelvien. Cependant, Pieber(29) montre que les cônes n'améliorent ni en qualité ni en rapidité les résultats obtenus par le travail manuel.

La méthode « Biofeedback » est une méthode rééducation utilisant une rétro-information externe, instrumentale, comme moyen d'apprentissage. L'appareillage électronique permet d'enregistrer une fonction de l'organisme et la transforme en signal visuel et/ou sonore. Cette technique est purement active et assure la participation de la patiente dans sa rééducation. Une étude de Burgio(30) montre une grande supériorité de cette technique instrumentale par rapport à un biofeedback verbal et manuel du thérapeute. Cela

s'explique par la rapidité et la fiabilité du retour permanent d'informations pendant l'action.

L'électrostimulation peut également être une technique de rééducation proposée par les MK. Cette technique purement passive va inhiber le muscle détroisor et activer la musculature striée. Elle permet également un effet antalgique non-spécifique du plancher pelvien. Divers auteurs, notamment Erlandson(31) et Smith(32) ont montré l'efficacité de cette technique. Cependant, elle est contre-indiquée lors de la grossesse.

Des traitements comportementaux peuvent également être nécessaires pour la rééducation périnéale. En effet, ceux-ci peuvent modifier les comportements délétères et ainsi promouvoir une meilleure rééducation. Par exemple, le calendrier mictionnel, qui est aussi utilisé comme bilan, permet de corriger les comportements mictionnels induits par la gêne sociale de l'incontinence urinaire d'effort.

De plus, la gymnastique hypopressive est intéressante et bénéfique pour l'amélioration du tonus du plancher pelvien et sur la sangle abdominale sans notion d'hyperpression abdominale. Cette technique, décrite par Caufriez(33), est basée sur des postures globales.

Pour finir, les combinaisons de ces différentes techniques selon le diagnostic et le niveau de progression de la patiente permettent un gain de temps et d'efficacité.

5.2 Les sages-femmes

5.2.1 Les compétences des sages-femmes

Selon Légifrance « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant »(34)

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

La sage-femme a de nombreuses compétences auprès des femmes enceintes et après l'accouchement, en effet, selon l'ordre national des sages-femmes, elles peuvent (35):

- Conduire une consultation prénatale

- Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité
- Assurer une consultation d'urgence si douleurs abdominales au cours du 3^{ème} trimestre
- Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser et surveiller ses suites (grossesse à terme et normale)
- Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale
- Pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement

5.2.2 Les techniques de rééducation utilisées par les sages-femmes

Tout d'abord, la sage-femme peut prescrire et/ou réaliser sans prescription d'un médecin une rééducation périnéale et notamment en post-natal ainsi que dans le cadre du suivi gynécologique de prévention. En dehors de cette période, et en présence de pathologie, la sage-femme peut pratiquer la rééducation périnéale sur prescription d'un médecin à condition que la patiente ait déjà accouché au moins une fois(36).

Avant toute rééducation périnéale, un bilan avec un interrogatoire et un examen clinique est réalisé comme les masseurs-kinésithérapeutes.

La première technique réalisée est le travail manuel qui se base sur la contraction volontaire des muscles du plancher pelvien à l'aide d'une stimulation digitale intravaginale du thérapeute. Cette technique va permettre d'évaluer la tonicité musculaire, de favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale, de renforcer les muscles du plancher pelvien et d'intégrer le verrouillage périnéal à l'effort(37).

Le « Biofeedback » peut être également réalisé, et notamment le biofeedback instrumental qui s'appuie sur une contraction volontaire et qui se définit comme une technique de rétrocontrôle instantanée, visuelle ou sonore. Cette technique a pour objectifs de favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale, d'enregistrer cette contraction et de renforcer les muscles du plancher pelvien, ainsi que de moduler ses modes de contractions.

L'électrostimulation fonctionnelle, est une autre technique utilisée. Elle consiste à stimuler les fibres nerveuses périphériques aux moyens d'impulsions électriques brèves

transmises par des électrodes afin de provoquer une contraction musculaire de la sangle périnéale. Cependant cette technique est contre-indiquée lors de la grossesse.

La gymnastique abdominale hypopressive, notamment dans le post-partum, est une technique qui va permettre le renforcement de la sangle abdominale sans effets négatifs sur le plancher pelvien. Cette technique va permettre la tonification du plancher pelvien et de la sangle abdominale.

Le concept abdo-périnéo-MG et périnatalité respecte de la technique augmentation de flux expiratoire, et est primordiale à partir du 6^{ème} mois de grossesse. Ce concept contribue à entretenir un abdomen protecteur en utilisant une instrumentalisation qui va permettre la régulation du souffle. Ce concept est également utilisé lors de l'accouchement et en post-partum afin de retrouver un abdomen compétent.

La méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale permet une rééducation proprioceptive sans toucher vaginal ni de sonde de rééducation afin de tonifier la sangle abdominale et périnéale des patientes.

Elle consiste à « *faire effectuer à une patiente, en équilibre sur une demi-bûche, des tractions avec un élastique solidaire de la bûche* »(37). Cette technique permet un éveil rapide de la perception périnéale et une amélioration des contractions de la musculature striée du périnée et notamment du périnée postérieur.

La méthode CMP « Connaissance et Maîtrise du Périnée » est un élargissement des méthodes classiques de rééducation périnéale. Cette méthode comporte des diagnostics précis s'appuyant sur un questionnaire, un bilan clinique et des examens complémentaires, un ensemble de traitements comprenant des exercices utilisant la visualisation et permettant de travailler les muscles du plancher pelvien et de développer la perception sensitive des différentes zones vulvo-vaginales. Le CMP est une méthode rééducative et éducative mais non-manuelle.

L'approche posturo-respiratoire s'appuie sur l'observation du mouvement, la conscience du corps et l'analyse de la fonction périnéale permettant de mettre en avant les liens entre la posture, la respiration et le périnée.

La méthode « périnée et mouvement » met en jeu le périnée dans le « corps entier en mouvement ». Six aspects sont mis en œuvre(37) :

- Un travail sensoriel régional permettant la reconnaissance pelvi-périnéale

- La tonification musculaire, la détente, la souplesse et la coordination des muscles périnéaux avec la respiration et l'équilibre postural
- Les changements fréquents de position modifiant l'effet de la pesanteur sur les viscères permettant un éveil proprioceptif et une activation de la circulation
- Pression et dépressions variées sur le périnée afin d'adapter la réponse tonique du plancher pelvien
- Etirement du périnée par mobilisation du bassin pour tonifier les muscles
- Mobilisation du bassin par des mouvements synergiques de hanche/rachis pour plus de reconnaissance sensorielle.

Et pour finir, l'eutonie en rééducation post-natal qui est une approche globale s'intéressant aux sensations du corps. Elle permet d'harmoniser la tonicité de l'ensemble du corps, par un apprentissage du relâchement afin de retrouver sa mobilité et sa souplesse. Les mouvements proposés ressemblent à ceux du quotidien afin de mettre en lien le périnée et les différentes parties du corps, notamment celles qui sont responsables des pressions thoraco-abdominales. La patiente peut donc faire le lien entre ce qui est détendu, en conscience et l'amélioration de ses symptômes ou troubles.

6. Démarche réflexive

Au vu des éléments présentés ci-dessus, il semble nécessaire de préparer le corps et notamment la sphère pelvienne afin que les femmes enceintes puissent mieux vivre leur grossesse, leur accouchement et par la suite leur post-partum. Deux professionnels sont qualifiés pour effectuer ces préparations, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes cependant le pré-partum semble être le monopole des sages-femmes actuellement. Le masseur-kinésithérapeute, en collaboration avec la sage-femme, peut-il avoir un rôle en pré-partum et notamment sur la prévention et l'éducation thérapeutique des troubles du périnée ?

La question se pose :

Quels sont les éléments pouvant influencer la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ?

Parmi les hypothèses principales envisageables :

- Les kinésithérapeutes n'ont pas conscience d'être habilités à faire de la prévention en pré-partum.
- La non-connaissance des techniques utilisées par l'autre professionnel pourrait influencer cette collaboration.
- Les objectifs de la prévention périnéale sont les mêmes entre les sages-femmes et les masseurs, ce qui faciliterait la mise en place de cette collaboration.
- L'envie des professionnels à collaborer.

7. Méthodologie

7.1 Choix de la méthode

Afin de faire ressortir les éléments influençant la collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes, le format « questionnaire » a été choisi afin de recueillir un grand nombre de réponses et ainsi être le plus représentatif sur l'avis des professionnels en France. En effet, le format « entretien » est plus restreint et les résultats ne sont pas aussi représentatifs qu'un format « questionnaire ».

Selon Vilatte(38), le questionnaire est une méthode de recueil des informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits. Le questionnaire est une méthode uniquement collective, qui assure sa validité et permet ainsi aux informations obtenues d'être jugées dignes de confiance grâce à la quantité d'éléments collectés. Contrairement à l'entretien et l'observation qui sont des méthodes individuelles et collectives et dont la qualité est le critère de pertinence.

Cependant, le questionnaire doit être correctement préparé, afin d'éviter divers biais dans les réponses et ainsi fausser le résultat. Les questions requièrent donc une attention soutenue sur la rédaction, l'ordre, le sens, la formation et la pertinence.

Le questionnaire a pour finalité d'observer, de mesurer, de déchiffrer, de comprendre et d'interpréter des comportements et des opinions d'une population-cible afin d'obtenir une inférence statistique(39).

7.2 Population cible

En ce qui concerne la rééducation et la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte, deux professionnels sont concernés : les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

Afin de comprendre les éléments influençant la collaboration entre ces deux professionnels concernant la prévention primaire et secondaire des troubles du périnée, le plus logique est de questionner les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes sur leurs pratiques actuelles en rééducation, prévention et collaboration. Le sujet étant axé sur la prévention primaire et secondaire des troubles du plancher pelvien, seuls les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes pratiquant de la rééducation périnéale

ont été invités à répondre. Il semble nécessaire d'interroger ces deux professionnels, car ils partagent la possibilité d'effectuer des séances de rééducation périnéale.

Deux questionnaires ont donc été réalisés et envoyés à destination des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes. (Respectivement ANNEXES II et III)

7.3 Réalisation des questionnaires

7.3.1 Logiciel utilisé et paramétrage

Le logiciel Limesurvey, mis à disposition par l'Université de Bretagne Occidentale (UBO), est un outil de sondage professionnel qui m'a permis de réaliser ces questionnaires. Plus généralement, il permet de créer des questionnaires en ligne avec divers paramètres des plus simples aux plus élaborés.

Les paramétrages du questionnaire sont importants afin de guider correctement le participant. L'écran d'accueil, que l'on personnalise, permet de se présenter, d'expliquer le cadre et le but de cette enquête. De plus, il est primordial de pouvoir assurer l'anonymat des répondants. Ce logiciel propose dans ses paramètres de fonction « réponses anonymisées » et une fois cochée, une remarque sur l'écran d'accueil indique que le questionnaire est bien anonyme. De plus, sur cet écran de présentation, il peut être important de noter le temps que prendra le questionnaire ainsi que le nombre de questions. En effet, cela permet d'éviter les abandons au cours du questionnaire. De manière générale, plus le questionnaire sera court et plus le taux de réponse sera élevé. Ici, les questionnaires comprennent entre 22 et 23 questions dont 5 questions de généralités qui sont rapides à compléter.

Afin que le questionnaire soit rapide à compléter, il est nécessaire de limiter les questions ouvertes puisque le répondant va mettre plus longtemps à y répondre qu'une question fermée. Cependant, les questions fermées peuvent parfois limiter les pensées de l'utilisateur et il faut donc avoir proposé toutes les modalités existantes(40). Il semble donc nécessaire de faire un mixte de questions ouvertes et fermées.

En ce qui concerne la présentation et la navigation du questionnaire en ligne, le retour en arrière n'est pas autorisé afin d'avoir des réponses les plus spontanées possibles, cependant, ils peuvent interrompre le questionnaire et le poursuivre plus tard afin que le répondant qui manque de temps puisse terminer le questionnaire à un autre moment et

ainsi éviter les abandons au cours de route. De plus, une fois le questionnaire rempli, il est impossible d'enregistrer une nouvelle version.

Une barre de progression est affichée en haut du questionnaire afin de voir la progression et ainsi éviter également les abandons.

Afin d'éviter tout parasitage par des robots, un CAPTCHA a été ajouté à la fin du questionnaire.

7.3.2 Rédaction des questions

La réalisation d'un questionnaire implique un travail de préparation en amont de la rédaction des questions. En effet, ces questions permettent de collecter des informations qui une fois analysées permettront de répondre aux interrogations du concepteur de l'enquête(40). Il faut donc, tout d'abord, définir des objectifs précis et une problématique puis formuler des hypothèses, construire des questions permettant de répondre à ces hypothèses, mettre en forme le questionnaire, le faire tester et pour finir le diffuser à la population-cible choisi.

En amont de la rédaction des questions, le but de l'enquête doit être défini. Ici, l'objectif est d'apporter un début de réponse à la problématique qui est « quels sont les éléments influençant la mise en place d'une collaboration sages-femmes / masseurs-kinésithérapeutes sur la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ? ». Ensuite, les différents questionnaires doivent permettre de comprendre les freins et les éléments facilitateurs à l'interprofessionnalité et la pluriprofessionnalité en ce qui concerne la prévention des troubles du périnée chez la femme enceinte. Les hypothèses, vues précédemment, permettent la rédaction des questions puisque chacune d'entre-elles doit guider l'écriture de ces questions. Ainsi, les informations récoltées permettront de valider ou non nos hypothèses.

Le questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes vise à en apprendre davantage sur leurs pratiques actuelles, c'est-à-dire s'ils réalisent de la rééducation et de la prévention en pré-partum et pourquoi. De savoir s'ils connaissent les compétences et les techniques utilisées par les sages-femmes et enfin de savoir si une collaboration avec les sages-femmes est déjà mise en place et si non est ce qu'ils aimeraient en construire une.

Le questionnaire pour les sages-femmes vise également à en apprendre davantage sur leurs pratiques actuelles en rééducation et prévention des troubles périnéaux, sur leurs connaissances des compétences et des techniques des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que sur la collaboration avec ceux-ci.

Pour la rédaction d'un questionnaire, il est nécessaire de prendre conscience de l'importance de l'ordre des questions : ici, le fil conducteur est dit en « entonnoir », c'est-à-dire, en partant des questions généralistes afin de mettre en confiance le participant, pour aller vers les questions spécifiques aux thèmes du questionnaire.

Les différentes questions sont réparties par thème afin de guider le répondant plus facilement. Ainsi, chaque questionnaire comporte les six parties suivantes : « généralités », « pratique professionnelle », « rééducation périnéale », « prévention », « collaboration » et « remarques ».

7.3.2.1 Partie A : « Généralités »

Dans la partie « généralités », les questions concernent le sexe, l'âge, la durée, le mode et la région d'exercice professionnel.

Le but est de déterminer la population de professionnels le plus concernée par l'interprofessionnalité en ce qui concerne les troubles périnéaux. La région d'exercice peut apporter des informations sur les tendances géographiques, et le mode d'exercice sur les moyens et les méthodes d'une collaboration.

7.3.2.2 Partie B : « Pratique professionnelle »

Dans cette partie, l'objectif est de déterminer si les différents professionnels pratiquent de la rééducation pré partum et/ou post-partum. Si les utilisateurs répondent uniquement « post-partum », la question suivante leur demande pourquoi.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, une question porte sur leur compétence à la rééducation pré-partum : le but étant de déterminer si les masseurs-kinésithérapeutes ont conscience d'avoir la possibilité de rééduquer en pré-partum et pour quelles raisons.

7.3.2.3 Partie C : « Rééducation périnéale »

Les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes doivent répondre à une question ouverte sur les moyens de rééducation périnéale qu'ils utilisent que ça soit avec les femmes enceintes ou les autres patients.

7.3.2.4 Partie D : « Prévention »

Pour cette partie, l'objectif est de déterminer si les professionnels pratiquent de la prévention en pré-partum. Si les répondants répondent « non », la question suivante leur demande pour quelles raisons. S'ils répondent « oui », la question suivante les interroge sur les moyens de prévention qu'ils utilisent.

Le but est, également, d'établir la proportion de professionnels de santé pratiquant actuellement de la prévention périnéale pré-partum.

La dernière question, pour cette partie, leur demande quels sont les objectifs de la prévention périnéale en pré-partum afin de déterminer s'il y a des différences entre les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes.

7.3.2.5 Partie E : « Collaboration »

Cette cinquième partie, aborde le cœur du sujet, à savoir la collaboration entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes en prévention chez les femmes enceintes.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la première question aborde les moyens de rééducation utilisés par les sages-femmes. Ensuite, les questions suivantes leur demandent s'ils travaillent déjà en collaboration avec les sages-femmes concernant la rééducation périnéale et pourquoi. Si les répondants répondent « non », la question suivante les interroge sur le désir de collaborer et si oui de quelles façons.

Pour les sages-femmes, les premières questions leur demandent si les masseurs-kinésithérapeutes ont les compétences de rééduquer en pelvi-périnéale la femme enceinte et pourquoi. Si les répondants répondent « oui », la question suivante aborde les moyens de rééducation utilisés par l'autre professionnel. Ensuite, la question suivante aborde les compétences en prévention des masseurs-kinésithérapeutes en pré-partum. Puis, les sages-femmes sont interrogées sur la collaboration avec les masseurs-kinésithérapeutes à

savoir, est-ce qu'elles collaborent déjà et pourquoi. Si « non », la question suivante leur demande si elles auraient envie de collaborer, et si oui de quelles façons.

7.3.2.6 Partie F : « Remarques »

Cette dernière partie, permet aux professionnels d'effectuer des remarques ou des suggestions supplémentaires.

7.4 Diffusion des questionnaires

7.4.1 Phase de pré-test

Afin de vérifier la bonne compréhension des questions et des réponses proposées ainsi que la cohérence générale du questionnaire, une phase de pré-test est essentielle. Dans ce cas, le questionnaire réservé aux masseurs-kinésithérapeutes a été testé par quatre étudiants en kinésithérapie et deux kinésithérapeutes diplômés d'état. Ces tests ont permis de vérifier la formulation des questions et des réponses proposées ainsi que la logique des questions et leurs pertinences.

Certaines questions et certaines réponses ont ainsi été modifiées et réorganisées afin d'améliorer la fluidité et la précision du questionnaire.

Le questionnaire réservé aux sages-femmes a quant à lui été testé par quatre étudiants en kinésithérapie surtout pour la formulation des questions et réponses, puisque celui-ci était très proche du questionnaire réservé aux masseurs-kinésithérapeutes, et par une sage-femme diplômée d'état pour la logique et la pertinence des questions.

Suite à la phase de pré-test, les différents questionnaires ont été validés par le directeur de mémoire pour la diffusion.

7.4.2 Phase de diffusion

Afin de cibler le plus grand public possible, plusieurs méthodes de diffusion ont été choisies.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la diffusion s'est faite via le conseil national de l'ordre, plusieurs conseils départementaux dans toute la France, plusieurs unions régionales des professionnels de santé (URPS) des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que

sur des groupes spécifiques sur Facebook tel que « périnée et rééducation », « mémoires kinés » ou « kiné périnatalité pré et post-partum ».

Pour les sages-femmes, la diffusion a été effectuée grâce à plusieurs conseils départementaux des sages-femmes dans toute la France, plusieurs unions régionales des professionnels de santé des sages-femmes, ainsi que l'association nationale des sages-femmes libérales et les associations régionales des sages-femmes libérales.

Cette phase de diffusion s'est étendue du 24 octobre 2020 au 24 décembre 2020, soit deux mois de diffusion. A l'issue de cette date, les liens des questionnaires ont été désactivés pour permettre le recueil des données et l'analyse des résultats.

7.5 Exploitation des données

L'extraction des résultats bruts a été réalisée grâce au logiciel Limesurvey et son algorithme. Par la suite, une analyse par profession a été effectuée, ainsi qu'une analyse croisée entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces analyses permettront de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises précédemment.

8. Recueil des données

8.1. Résultats du groupe masseurs-kinésithérapeutes

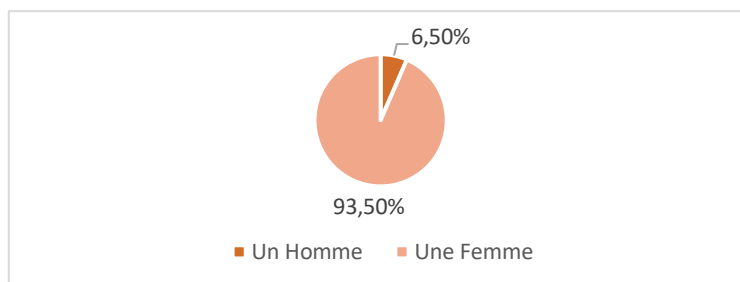


Figure 1 : Répartition hommes/femmes dans le groupe MK

Sur un potentiel de 89 109 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en France métropolitaine et DOM-TOM, 223 masseurs-kinésithérapeutes ont répondu au questionnaire. Cependant, 100 personnes ne sont pas allées au bout du sondage. Leurs réponses ne sont donc pas prises en compte afin de ne pas fausser les réponses. L'analyse des résultats se fait donc sur un échantillon de 123 masseurs-kinésithérapeutes, dont 93,5 % de femmes (cf figure 1).

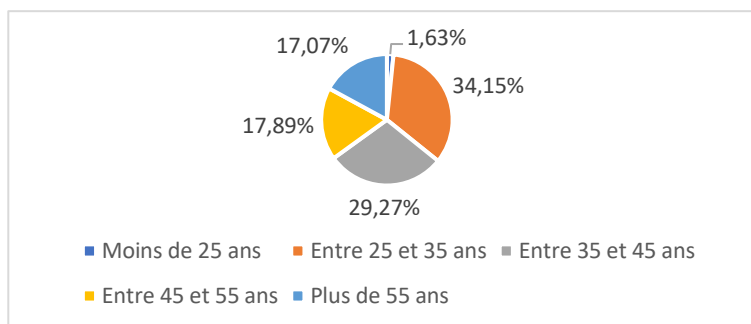


Figure 2 : Répartition en tranches d'âges dans le groupe MK

En ce qui concerne l'âge des répondants, 34,15 % ont entre 25 et 35 ans, 29,27 % entre 35 et 45 ans, 17,89 % entre 45 et 55 ans, 17,07 % ont plus de 55 ans et enfin 1,63 % ont moins de 25 ans (cf figure 2). Plus de la moitié des participants exercent depuis moins de 20 ans (31,71 % entre 10 et 20 ans et 27,64 % depuis moins de 10 ans).

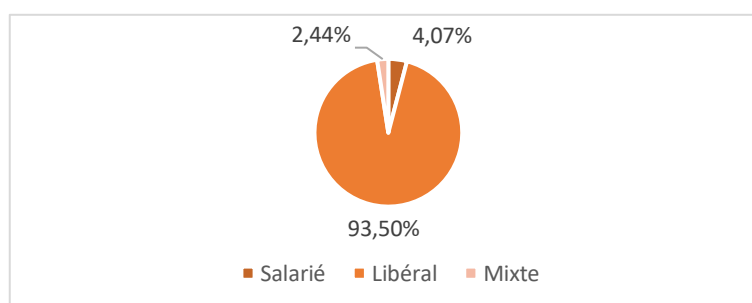


Figure 3 : Répartition en fonction du mode d'exercice du groupe MK

Les 123 masseurs-kinésithérapeutes exercent dans 13 régions différentes (métropole et DOM-TOM) avec une prédominance de masseurs-kinésithérapeutes bretons avec 39,02 %. De plus, 93,5 % exercent en libéral contre 4,07 % en salariat et 2,44 % en exercice mixte (cf figure 3).

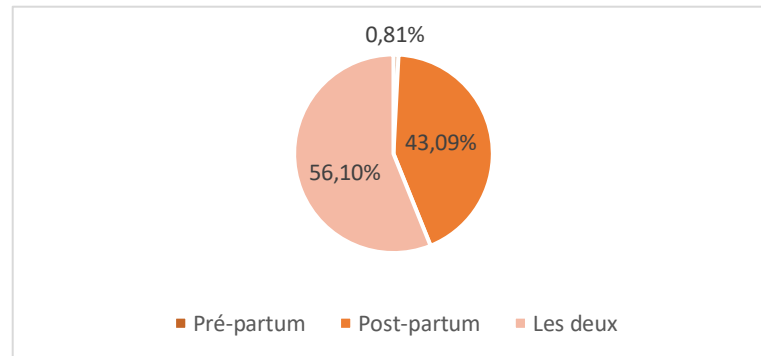


Figure 4 : Répartition en fonction du type de pratique de la rééducation périnéale dans le groupe MK

Plus de la moitié des masseurs-kinésithérapeutes exerçant la rééducation périnéale pratique la rééducation pré et post-partum (56,1 %), 43,09 % pratiquent uniquement la rééducation post-partum et 0,81 % pratiquent uniquement la rééducation pré-partum (cf figure 4). Pour ceux qui ne pratiquent pas de rééducation pré-partum, la plupart expliquent que c'est parce qu'ils ne sont pas formés, n'ont pas de demande ni de prescription.

92,68 % des sondés, pensent que les MK peuvent pratiquer la rééducation périnéale chez la femme enceinte, 6,5 % ne savent pas et 0,81 % pensent que non. Les raisons exprimées par les participants qui ont répondu « oui » sont principalement pour des troubles urinaires pendant la grossesse, une prise de conscience périnéale, pour préparer à l'accouchement ainsi que pour prévenir les douleurs pelvi-périnéale.

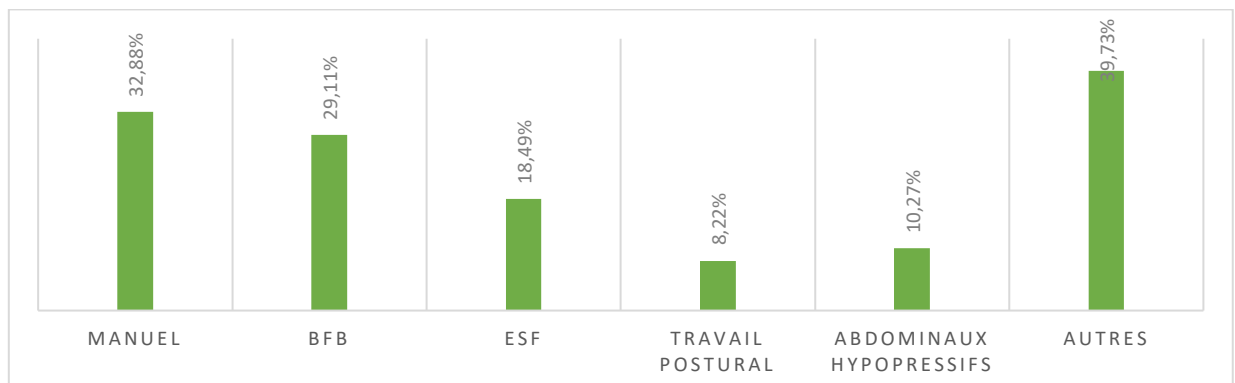


Figure 5 : Répartition des moyens de rééducation utilisés dans le groupe MK

32,88 % des répondants utilisent la méthode manuelle dans leur rééducation, 29,11 % le biofeedback, 18,49% l'électrostimulation, 8,22 % les abdominaux hypopressifs, 10,27 % le travail postural et 39,75 % utilisent d'autres techniques telles que le travail respiratoire, la méthode abdo-MG de Guillaume, ou encore la prise de conscience de périnéale. Cependant, la majorité des réponses comprises dans « autres » n'ont été mentionnées que 1 à 2 fois par les répondants (cf figure 5).

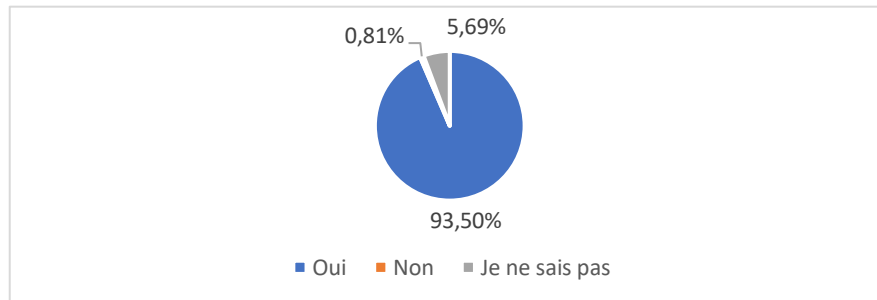


Figure 6 : Répartition de l'avis du groupe MK sur leur aptitude à réaliser de la prévention périnéale anté-natale

La majorité des sondés pensent que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent réaliser de la prévention périnéale pendant la grossesse, 5,69 % ne savent pas et 0,81 % pensent que non (cf figure 6). Les raisons exprimées par les participants qui ont répondu « oui » sont découpées en deux axes de réponses. D'un côté, ils ont noté que les MK ont les compétences et sont bien formés. Ils ont également noté qu'ils peuvent réaliser de la prévention périnéale pendant la grossesse par de la préparation à l'accouchement, de la prise de conscience périnéale ainsi que de la prévention des troubles périnéaux.

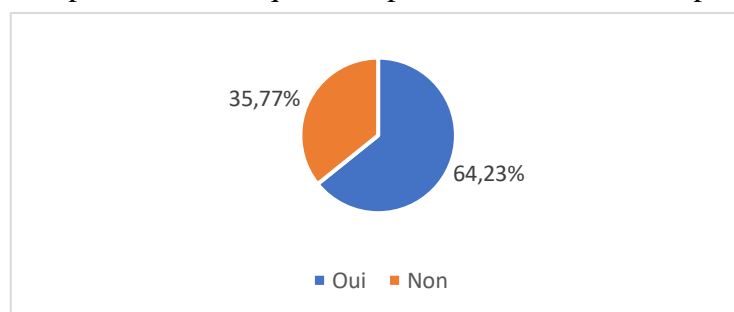


Figure 7 : Répartition de la pratique de la prévention périnéale chez les femmes enceintes dans le groupe MK

Plus de la moitié des répondants pratique de la prévention périnéale chez les femmes enceintes (64,23 %) contre 35,77 % qui ne la pratiquent pas (cf figure 7). Les raisons exprimées pour ceux qui ne pratiquent pas cette prévention sont principalement, car ils

ne sont pas formés, ils n'ont pas de demande ni de prescription et enfin, les patientes ne leur sont pas adressées.

Pour ceux qui pratiquent de la prévention périnéale, ils utilisent à 44,97 % une information orale, à 20,71 % une information écrite, à 28,4% une ou plusieurs séances de rééducation périnéale et 5,92 % utilisent d'autres méthodes telles que des maquettes anatomiques ou des articles scientifiques.

Selon les sondés, les objectifs de la prévention périnéale sont principalement de préparer à l'accouchement, de favoriser une prise de conscience périnéale, de prévenir les fuites urinaires ainsi que les femmes connaissent mieux leur périnée.

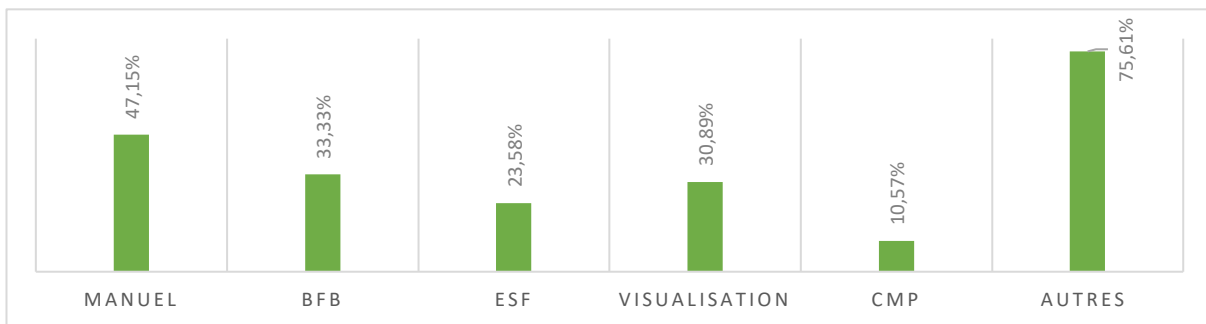


Figure 8 : Répartition des moyens de rééducation utilisés par les SF selon le groupe MK

Selon les répondants, 47,15 % estiment que les sages-femmes utilisent une méthode manuelle, 33,33 % le biofeedback, 23,58 % l'électrostimulation, 30,89 % de la visualisation, 10,57 % la Connaissance et Maîtrise du Périnée et 75,61 % pensent que les sages-femmes utilisent d'autres méthodes telles que l'eutonnie, des exercices respiratoires. Cependant, la majorité des réponses dans « autres » ne sont représentées que par 1 ou 2 voix (*cf figure 8*).

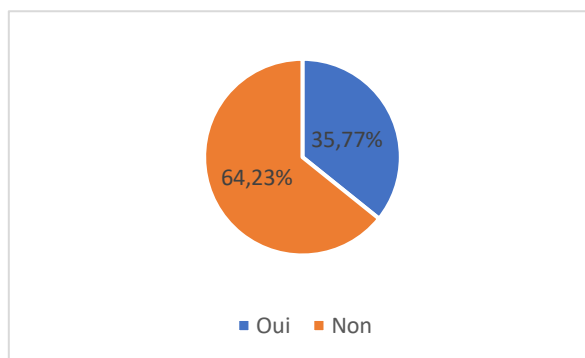


Figure 9 : Répartition de la collaboration avec les SF pour la rééducation périnéale chez le groupe MK

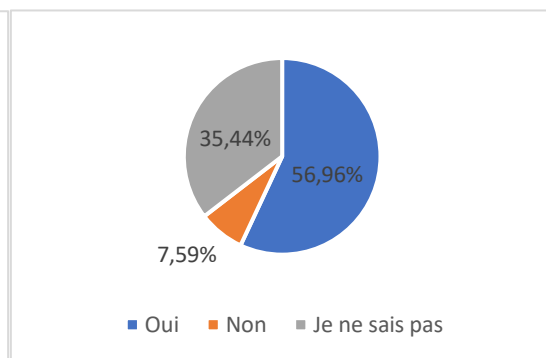


Figure 10 : Répartition de l'envie de collaborer avec les SF dans le groupe MK (ne collaborant pas avec les SF)

La majorité des sondés travaillent en collaboration avec les sages-femmes concernant la rééducation périnéale (64,23 %) contre 35,77 % qui ne collaborent pas (*cf figure 9*). Les raisons de ceux qui collaborent sont principalement, car les deux métiers sont complémentaires et parce que les sages-femmes réorientent les patientes pour la rééducation abdominale. Pour ceux qui ne collaborent pas, les raisons sont principalement par manque d'occasion, par manque de contact et ils ne connaissent pas de sages-femmes proches de leur cabinet.

Plus de la moitié des répondants qui ne collaborent pas avec les sages-femmes souhaiteraient le faire, 35,44 % ne savent pas et 7,59 % de le souhaitent pas (*cf figure 10*). Pour ceux qui souhaitent le faire, ils aimeraient principalement que ça soit en complémentarité, avec plus d'échange entre les deux professionnels et avec une bonne répartition des patientes en fonction des compétences de chacun.

8.2 Résultats du groupe sages-femmes

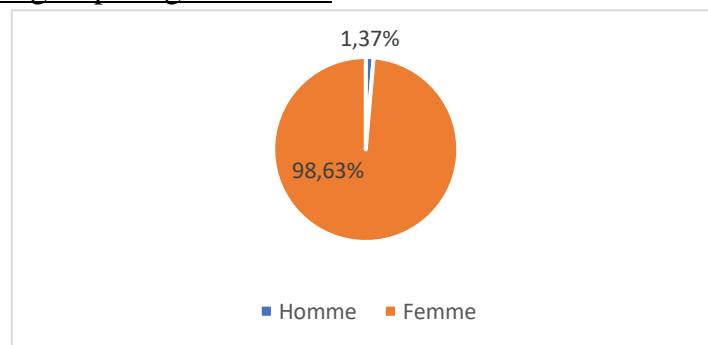


Figure 11 : Répartition hommes/femmes dans le groupe SF

Au total, 416 sages-femmes sur les 23 174 potentiellement visées ont répondu au questionnaire dont 293 complètement. L'analyse des résultats se fait donc sur un échantillon de 293 sages-femmes dont 98,63 % sont des femmes (*cf figure 11*).

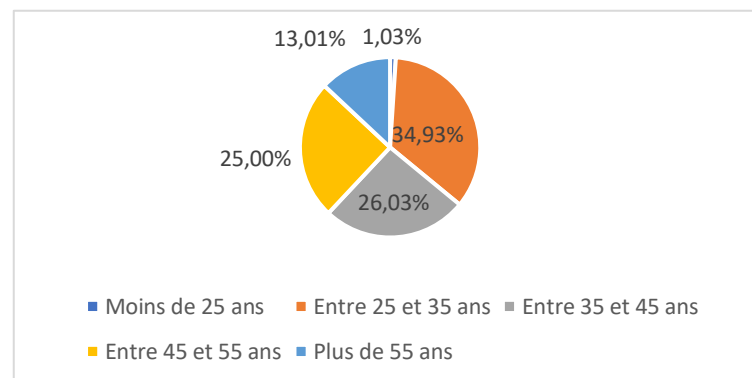


Figure 12 : Répartition en tranches d'âges du groupe SF

34,93 % des sondés ont entre 25 et 35 ans, 26,03 % ont entre 35 et 45 ans, 25% ont entre 45 et 55 ans, 13,01 % ont plus de 55 ans et enfin 1,03 % ont moins de 25 ans (*cf figure 12*).

En ce qui concerne le temps d'exercice, 31,51 % ont moins de 10 ans d'expérience, 28,77 % exercent depuis 10 à 20 ans, 22,95% depuis 20 à 30 ans, 14,73 % depuis 30 à 40 ans et enfin 2,05 % exercent depuis plus de 40 ans.

Ces 292 sages-femmes exercent dans 15 régions différentes avec une prédominance en Pays de Loire (15,07 %), dans le Grand Est (13,7 %) et Provence-Alpes-Côte-D'azur (11,3 %).

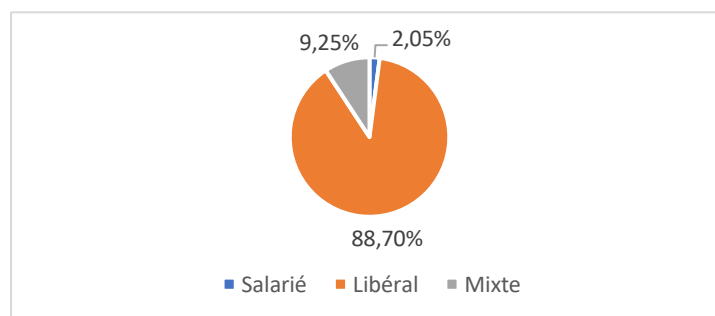


Figure 13 : Répartition du mode d'exercice dans le groupe SF

La majorité des répondants exercent en libéral avec un pourcentage de 88,7 % contre 9,25 % en exercice mixte et 2,05 % en salariat (*cf figure 13*).

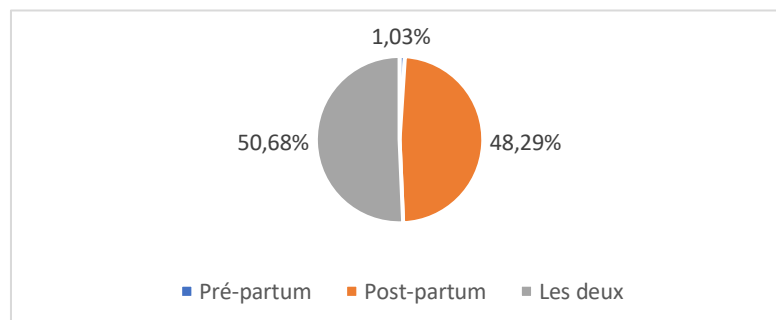


Figure 14 : Répartition du type de pratique de rééducation périnéale dans le groupe SF

Environ la moitié des participants pratiquent de la rééducation pré et post-partum (50,68 %), 48,29 % pratiquent uniquement la rééducation post-partum et 1,03 % uniquement la rééducation pré-partum (*cf figure 14*). Pour ceux qui ne pratiquent pas de la rééducation pré-partum, la majorité expliquent que c'est parce qu'ils ne sont pas formés, n'ont pas de demande ou ne peuvent pas le pratiquer, car la ou les patientes sont nullipares et donc cela ne rentre pas dans leurs champs de compétences.

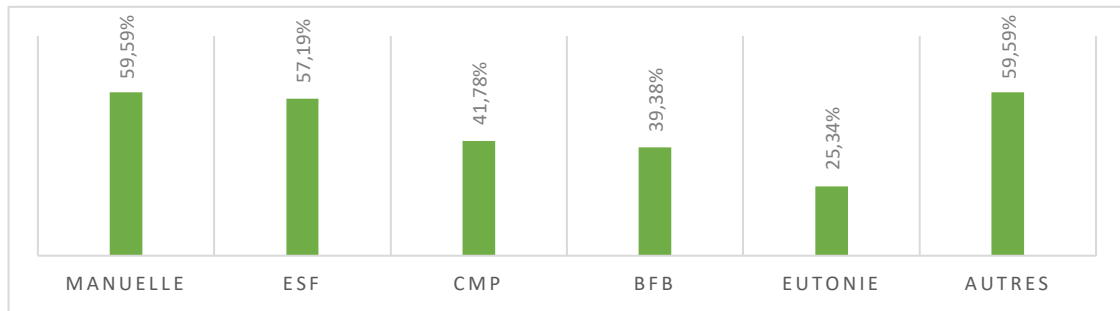


Figure 15 : Répartition des moyens de rééducation utilisés dans le groupe SF

Les principaux moyens de rééducation utilisés par les répondants sont la méthode manuelle avec 59,59 %, l'électrostimulation avec 57,19 %, la Connaissance et Maîtrise du Périnée avec 41,78 %, le biofeedback avec 39,38 %, l'eutonnie avec 25,34 % et enfin 59,59 % utilisent d'autres moyens (*cf figure 15*). 21 techniques différentes sont comptées dans « autres » dont les abdominaux hypopressifs et le concept abdo-périnéo-MG de Guillaume.

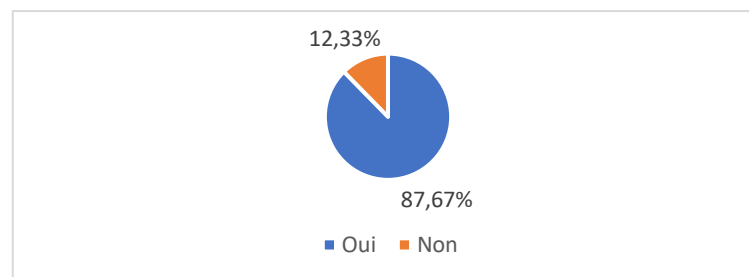


Figure 16 : Répartition de la pratique de la prévention périnéale chez la femme enceinte dans le groupe SF

Sur les 293 sages-femmes qui ont répondu au questionnaire, 87,67 % font de la prévention périnéale chez les femmes enceintes contre 12,33 % qui n'en font pas (*cf figure 16*). Les raisons pour lesquelles 12,33 % ne pratiquent pas de prévention périnéale sont principalement, car ils ne sont pas formés ou ne savent pas quel type de prévention donner.

Pour ceux qui pratiquent de la prévention périnéale, 51,43 % utilisent une information orale, 21,72 % une information écrite, 14,14 % une ou plusieurs séances de rééducation et enfin 12,7 % utilisent d'autres moyens de prévention tels que de la préparation à l'accouchement, une prise de conscience périnéale ou encore donnent divers exercices.

De nombreux objectifs à la prévention en pré-partum ont été notés par les sondés. Cependant, 5 objectifs ressortent davantage : faire de la prise de conscience périnéale, comprendre et connaître son périnée, préparer à l'accouchement, diminuer l'incidence d'incontinence urinaire et enfin faciliter la rééducation périnéale en post-partum.

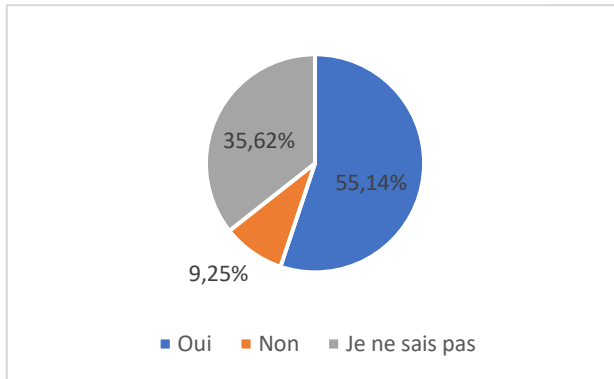


Figure 17 : Répartition de l'avis du groupe SF sur les aptitudes du MK à pratiquer de la rééducation périnéale chez la femme enceinte

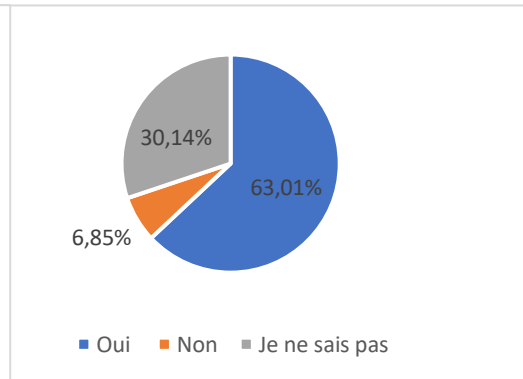


Figure 18 : Répartition de l'avis du groupe SF sur les aptitudes du MK à réaliser de la prévention périnéale au cours de la grossesse

Plus de la moitié des participants pensent que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent pratiquer de la rééducation périnéale chez la femme enceinte (55,14 %), 35,62 % ne savent pas et 9,25 % pensent que non (*cf figure 17*). Les raisons, pour ceux qui ont répondu « oui », sont principalement, car le MK a les compétences, que s'il est formé alors il peut le faire et notamment pour les incontinences urinaires.

Pour la majorité des participants, les kinésithérapeutes peuvent réaliser de la prévention au cours de la grossesse (63,01 %), 30,14 % ne savent pas et 6,85 % pensent que non (*cf figure 18*). Pour les sondés ayant répondu « oui », les MK ont les compétences pour faire de la prévention chez la femme enceinte, et notamment pour l'apprentissage des bonnes postures afin d'éviter les pressions. Pour ceux ayant répondu « non », la prévention au cours de la grossesse est le domaine de la sage-femme.

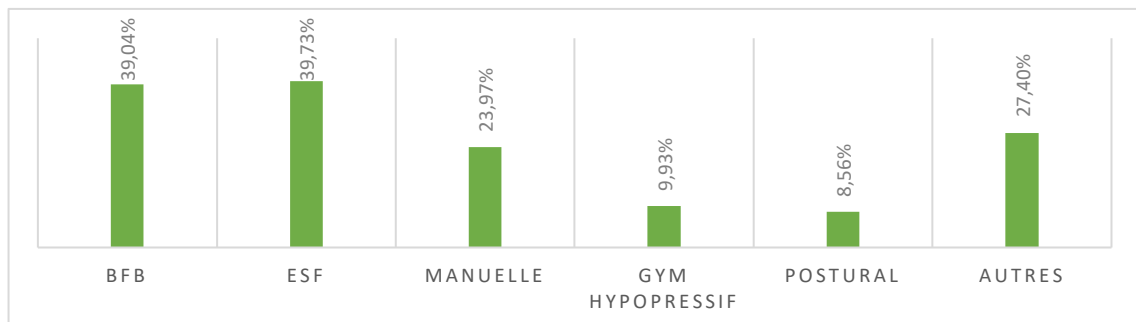


Figure 19 : Répartition des moyens de rééducation utilisés par les MK selon le groupe SF

39,73 % des sondés pensent que les MK utilisent l'électrostimulation comme moyens de rééducation, 39,04 % le biofeedback, 23,97 % des techniques manuelles, 9,93 % la gymnastique hypopressive, 8,56 % le travail postural et enfin 27,4 % pensent que les kinésithérapeutes utilisent d'autres moyens de rééducation (cf figure 19). 20 réponses différentes sont comprises dans « autre » dont l'eutonie.

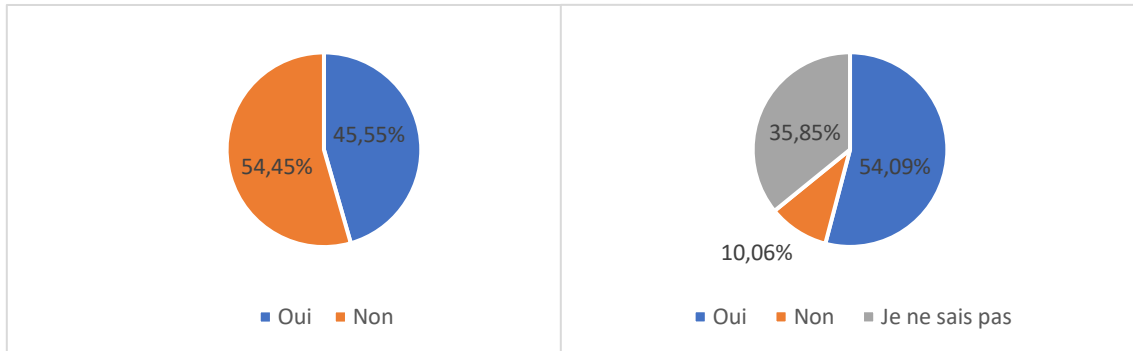


Figure 20 : Répartition de la collaboration avec les MK du groupe SF

Figure 21 : Répartition de l'envie de collaborer avec les MK du groupe SF (ne collaborant pas avec les MK)

En ce qui concerne la collaboration, 54,45 % des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ne collaborent pas avec les masseurs-kinésithérapeutes contre 45,55 % qui collaborent (cf figure 20). Ceux qui collaborent expliquent que c'est parce que les métiers de sage-femme et masseur-kinésithérapeutes sont complémentaires, car les sages-femmes transmettent les patientes pour la rééducation abdominale ou, car les patientes sont nullipares. Pour ceux qui ne collaborent pas avec les MK, c'est parce qu'il n'y a pas de kinésithérapeutes exerçant la rééducation périnéale dans leur secteur ou qu'ils n'ont pas eu l'occasion de collaborer. Cependant, sur ces professionnels qui ne collaborent pas avec les MK, 54,09 % souhaiteraient le faire, 35,85 % ne savent pas et 10,06 % ne le souhaitent pas (cf figure 21). Pour les sondés qui le souhaitent, ils aimeraient, principalement, que cette collaboration se fasse par la complémentarité des techniques utilisées par chacun, pour la rééducation abdominale, quand la méthode réalisée ne convient pas à la patiente et par des échanges sur les pratiques.

9. Analyse des résultats

Après avoir extrait les données brutes, les résultats ont été analysés par profession puis une analyse croisée entre les résultats des masseurs-kinésithérapeutes et ceux des sages-femmes, a été effectuée.

L'analyse par profession et l'analyse croisée se trouvent en ANNEXE IV.

9.1 Analyse par profession

9.1.1 Masseurs-kinésithérapeutes

Plusieurs éléments ressortent des résultats du questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes.

Le premier élément marquant est que la plupart des répondants sont de sexe féminin. Hors, selon l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes (41) 49,85 % sur 85 223 MK en France sont des femmes. Cependant, elles sont largement représentées ici, ce qui peut s'expliquer par la prédominance des femmes à exercer la rééducation périnéale.

En ce qui concerne l'âge, la tranche prédominante se situe entre 25 et 35 ans ainsi qu'entre 35 et 45 ans, ce qui correspond aux données de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. En effet, selon la pyramide des âges 58,33 % des MK français ont entre 25 et 45 ans. Il semble donc logique, que ces tranches d'âge soit le plus représenté dans ce questionnaire. De plus, les questionnaires ont été diffusés via le numérique (réseaux sociaux, mails, via les ordres des masseurs-kinésithérapeutes) qui est plus utilisé par ce type de population.

De plus, le temps d'exercice prédomine entre 0 et 30 ans ce qui est corrélé aux tranches d'âges prédominantes.

13 régions sont représentées dans ce questionnaire avec une prédominance pour la région Bretagne. Ceci peut s'expliquer par la manière de diffusion. En effet, divers moyens de diffusion ont été choisis tels que des groupes sur des réseaux sociaux, via les ordres départementaux, l'ordre national ainsi que certains URPS. En fonction de leur acceptation, les MK de chaque région ont pu ou non, avoir accès à ce questionnaire. Ici, l'URPS de Bretagne a diffusé massivement mon questionnaire en l'envoyant à chaque masseur-kinésithérapeute sur leur boîte mail personnelle ou professionnelle.

En ce qui concerne le mode d'exercice, l'exercice libéral y est largement représenté. Ce qui est corrélé aux données de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes(41) puisque 84,11 % des MK en France exercent en libéral. De plus, cela peut s'expliquer aussi par le fait que la rééducation périnéale s'effectue principalement en libéral.

Parmi les répondants, la majorité pratique de la rééducation pré et post-partum ou post-partum uniquement cependant, très peu exercent uniquement la rééducation pré-partum. Pour ceux ne pratiquant pas la rééducation pré-partum, ils rapportent un manque de formation, mais aussi, car ceux-ci ont très peu voire pas de demande, car cela ne leur est pas prescrit. De plus, cette rééducation est encore trop peu développée par rapport au post-partum et ne possède donc pas encore de recommandations ce qui peut freiner les professionnels, même si que la majorité des rééducateurs savent qu'ils peuvent pratiquer de la rééducation périnéale chez la femme enceinte.

Le moyen de rééducation principalement utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes est la technique manuelle, suivi par le biofeedback puis l'électrostimulation, la gymnastique hypopressive et enfin le travail postural. La méthode « abdo-MG » décrite par Luc Guillaume a été plusieurs fois citée et se situe dans la case « autre » ainsi que le travail respiratoire et la prise de conscience périnéale. Bien que près de 29 % utilisent ces techniques pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte, les sondés semblent préférer les informations orales pour faire de la prévention.

De plus, la plupart des répondants ont connaissance de leur compétence dans la prévention périnéale pendant la grossesse et pratique donc cette discipline. Cela peut s'expliquer par le fait que la prévention est de plus en plus privilégiée dans le monde de la santé, que tous les professionnels de santé peuvent et doivent la promouvoir. De plus, l'impact des troubles périnéaux sur la santé des femmes relève d'une priorité de santé publique. Parmi les réponses des participants qui ne font pas de prévention périnéale au cours de la grossesse, il ressort nettement qu'ils ne sont pas formés à la réaliser et/ou qu'ils n'ont pas de demande, car il n'y a pas de prescription. Ce dernier point montre que les kinésithérapeutes souhaitent développer cette rééducation pré-partum par un apport de prescription plus importante.

Les principaux objectifs de rééducation périnéale en pré-partum relevés par les répondants sont : la préparation à l'accouchement, la prise de conscience périnéale, prévenir les fuites urinaires et enfin de faciliter la rééducation périnéale en post-partum. De plus, plusieurs

autres objectifs ont été cités à plusieurs reprises et sont compris dans la case « autre » tels que l'éducation, promouvoir une meilleure récupération en post-partum, préparer le post-partum et plein d'autres. Cela montre l'importance et la nécessité de la prévention en pré-partum.

Enfin, en ce qui concerne la collaboration et l'interdisciplinarité, la majorité des sondés ne collaborent pas avec les sages-femmes. Les raisons citées principalement sont que les occasions ne sont pas présentées, et qu'il n'y a aucun contact avec les sages-femmes de leurs secteurs. Cependant, près de 57 % aurait envie de collaborer notamment grâce à la complémentarité entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que par une bonne répartition des patientes en fonction de compétence de chaque profession.

Ce qui ressort de l'analyse du questionnaire des kinésithérapeutes :

- Les kinésithérapeutes de sexe féminin sont plus concernées par ce thème et ce questionnaire.
- Les kinésithérapeutes savent qu'ils peuvent réaliser de la rééducation et de la prévention périnéale en pré-partum.
- Le manque de demande et de prescription est un frein à la pratique de prévention périnéale et rééducation pré-partum au cours de la grossesse pour ceux qui ne les pratiquent pas encore.
- Plus de la moitié des kinésithérapeutes qui ne collaborent pas avec les sages-femmes, souhaitent le faire.

9.1.2 Sages-femmes

Selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes(42), au 1^{er} janvier 2017, 28 932 sages-femmes exercent en France dont 97,4 % de femmes. Pour ce questionnaire, 98,63 % de femmes y ont répondu. Ce qui se corrèle bien avec les données démographiques.

Ici, les tranches d'âges les plus représentées sont celles de 25 à 35 ans et de 35 à 45 ans bien que la première soit légèrement prédominante. Selon les données démographiques de la profession de sages-femmes, l'âge moyen du personnel en activité est de 40,3 ans ce qui est légèrement supérieur aux données rencontrées ici. De plus, plus de la moitié des sages-femmes sondés ont entre 0 et 20 d'expérience, ce qui est corrélé aux tranches

d'âges représentées. Cela est sûrement corrélé par le mode de diffusion du questionnaire, qui s'est fait via le numérique, qui est un outil fréquemment utilisé chez ce type de population.

15 régions différentes sont représentées par le biais de ce questionnaire avec une prédominance des régions Pays de Loire, Grand Est et Provence-Alpes-Côte-D'azur. Cela peut s'expliquer par la diffusion du questionnaire. En effet, de nombreuses demandes de diffusion ont été réalisées via les conseils de l'ordre, les URPS, les réseaux sociaux et les associations des sages-femmes libérales. En fonction de leur acceptation ou non, certaines régions ont pu avoir davantage accès à ce questionnaire.

Pour le mode d'exercice, la majorité des participants travaillent en libéral bien que selon l'Ordre des sages-femmes seulement 15 % exercent uniquement en libéral. Cela peut s'expliquer par le mode diffusion qui s'est fait via les associations des sages-femmes libérales entre autres. De plus, cela peut également s'expliquer que la rééducation périnéale est majoritairement réalisée en cabinet comme dit précédemment.

En ce qui concerne le type de rééducation périnéale pratiqué par les sages-femmes, presque toutes exercent soit la rééducation post-partum soit la rééducation pré et post-partum. En effet, seulement 1,03 % pratiquent uniquement la rééducation pré-partum. Les mêmes conclusions faites pour les masseurs-kinésithérapeutes, ne pratiquant pas la rééducation pré-partum, peuvent s'appliquer ici : un manque de formation reporté par les sondés pratiquant uniquement la rééducation post-partum, les rendent réticents à effectuer ce type de rééducation périnéale, ils rapportent également avoir peu voire pas de demande pour cette rééducation pré-partum. De plus, cette rééducation étant encore trop peu développé, les praticiens ne la réalisent pas.

Les moyens principaux de rééducation utilisés par les sages-femmes sont, dans l'ordre, la technique manuelle, l'électrostimulation, la connaissance et maîtrise du périnée, le biofeedback et enfin l'eutonnie. Plusieurs autres techniques ont été citées à plusieurs reprises, mais en beaucoup plus petit nombre que ceux cités précédemment, tel que la gymnastique hypopressive, l'approche posturo-respiratoire ou encore la méthode 5P ou logsurf de Chantal Fabre-Clergue. Bien que ces techniques puissent être utilisées pour la prévention périnéale, les sondés préfèrent utiliser les informations orales dans un premier temps puis des informations écrites telles qu'un poster, des prospectus ou affiches par exemple. D'autant plus qu'environ 88 % pratiquent de la prévention périnéale au cours

de la grossesse. Pour ceux qui ne font pas de prévention, ils expliquent qu'ils ne sont pas formés pour, qu'ils ne savent pas quel type de prévention donner ou qu'ils n'ont pas le temps de le faire.

Les objectifs principaux à la prévention périnéale en pré-partum relevés par les répondants sont : de faciliter la rééducation en post-partum, de promouvoir une prise de conscience périnéale chez les femmes enceintes, de préparer à l'accouchement, de faire comprendre et connaître le périnée aux femmes, et enfin de diminuer l'incidence d'incontinence urinaire. D'autres objectifs ont également été cités à quelques reprises comme la diminution des pressions, la prévention des troubles périnéaux en post-partum ou encore de limiter les lésions périnéales au cours de l'accouchement. Il existe donc de nombreux objectifs à la prévention, d'autant plus que l'impact de ses troubles périnéaux sur la qualité de vie des femmes est un enjeu de santé publique comme dit précédemment. La prévention est donc primordiale dans une prise en soins chez la femme enceinte.

En ce qui concerne la collaboration et l'interdisciplinarité, plus de la moitié des sages-femmes semblent informés sur les compétences du masseur-kinésithérapeute notamment pour la rééducation et la prévention périnéale et cela sachant qu'environ 46 % des sages-femmes travaillent en collaboration avec des masseurs-kinésithérapeutes. Pour les sondés qui ne collaborent pas avec les kinésithérapeutes, ils rapportent, principalement, que c'est dû au fait qu'il n'y a aucun MK qui pratique la rééducation périnéale dans le secteur, qu'il n'y a pas encore eu d'occasion de le faire ou encore que les MK sont débordés. Cependant, sur ceux qui ne collaborent pas encore avec kinésithérapeutes, environ 54 % souhaiterait le faire, grâce à la complémentarité entre ces deux professions, et notamment lorsque la méthode utilisée est non efficace, afin de transmettre leurs patientes pour la rééducation abdominale.

Les points qui ressortent de l'analyse des sages-femmes :

- Les sages-femmes pratiquant la rééducation périnéale exercent principalement en libéral.
- Le manque de formation et/ou de demande et de prescription freine à la réalisation de séance de rééducation périnéale pré-partum chez les sages-femmes ne réalisant pas encore ce type d'acte.

- Les sages-femmes ont une bonne connaissance des compétences des masseurs-kinésithérapeutes.
- Plus de la moitié des sages-femmes qui ne collaborent pas avec les kinésithérapeutes souhaiterait le faire.

9.2 Analyse croisée entre sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes

Plus de 97 % des sondés, que ça soit en masso-kinésithérapie ou en maïeutique, sont des femmes montrant ainsi la prédominance de celle-ci dans la rééducation périnéale. Il semblerait donc que les femmes soient plus sensibles à ce type de rééducation. D'autant plus que la majorité (61,7 %) des répondants ont entre 25 et 45 ans qui est la tranche d'âge de procréation, cela pourrait expliquer que les jeunes femmes soient plus intéressées par la grossesse et l'accouchement. Le mode de diffusion a également joué un rôle sur les tranches d'âges représentées ici. En effet, celui-ci s'est réalisé par le numérique qui est plus utilisé chez la population jeune.

Sur les 415 participants, 90,12 % exercent en libéral. Ce pourcentage est également corrélé au moyen de diffusion puisqu'il s'est fait via les associations de sages-femmes libérales et par les conseils de l'ordre notamment. De plus, la majorité des MK français exercent en libéral. Mais cela peut montrer également que la rééducation périnéale s'effectue principalement en cabinet.

Plus de 52 % des sondés pratiquent la rééducation périnéale pré et post-partum, plus 46 % uniquement post-partum et seulement 0,96 % uniquement en pré-partum. Ceux ne pratiquant pas de rééducation pré-partum rapportent n'être pas assez formés pour la faire ou ils n'ont pas de demande pour ce type de soins. De plus, la rééducation post-partum est beaucoup plus répandue que la pré-partum qui, elle, est beaucoup moins développée. Ceci n'incite pas les professionnels à exercer ce type de rééducation.

En ce qui concerne les moyens de rééducation utilisés par chaque profession, on retrouve de nombreuses similitudes entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, plusieurs techniques sont communes aux deux : technique manuelle, biofeedback, et électrostimulation. Plusieurs moyens diffèrent entre les deux professionnels en fonction des compétences de chacun : abdominaux hypopressifs et travail postural pour les kinésithérapeutes et Connaissance et Maîtrise du Périnée ainsi que l'eutonnie pour les sages-femmes. Pour la prévention périnéale, l'information orale est majoritairement

utilisée par les 415 participants (78,8 %). La plus importante différence entre ces deux professions et la prévention est que 28 % des kinésithérapeutes utilisent davantage des séances de rééducation en tant que prévention contre 14 % pour les sages-femmes. Les principaux freins à la réalisation de prévention pré-partum rapporté par les sondés sont le manque de formation et le manque de demande (principalement chez les masseurs-kinésithérapeutes).

Les objectifs principaux de la prévention périnéale en pré-partum sont identiques entre les deux professions. En effet, ils rapportent tous que ces objectifs sont : préparation à l'accouchement, facilitation de la rééducation post-partum, prise de conscience périnéale ainsi que la prévention des fuites urinaires.

Concernant la collaboration entre ses deux professions, les masseurs-kinésithérapeutes savent qu'ils peuvent réaliser de la rééducation et de la prévention périnéale en pré-partum alors que les sages-femmes sont plus incertaines. En effet, plus de 55 % pensent oui, plus de 35 % ne savent pas et plus de 9 % pensent que non. Cependant, la majorité des professionnels pensent que oui (66,26 %). De plus, les deux professions ont une bonne connaissance des moyens utilisés par l'autre. Effectivement, les sages-femmes rapportent que les masseurs-kinésithérapeutes utilisent principalement (dans l'ordre) l'électrostimulation, le biofeedback, technique manuelle, gymnastique hypopressive et enfin travail postural. Même si le pourcentage d'utilisation des techniques diffère entre ceux vraiment réalisés par les kinésithérapeutes et ceux selon les sages-femmes, les moyens y sont cités. Les masseurs-kinésithérapeutes eux pensent que les sages-femmes utilisent (dans l'ordre) des techniques manuelles, le biofeedback, l'électrostimulation, la visualisation et la connaissance et maîtrise du périnée. De même que pour les kinésithérapeutes, les pourcentages diffèrent. De plus, la technique « visualisation », rapportée par les masseurs-kinésithérapeutes, n'est pas une des principales techniques utilisées par les sages-femmes. Cependant, dans l'ensemble, les moyens y sont également cités.

Sur tous les participants, plus de 57 % ne collaborent pas avec l'autre profession cependant 55 % d'entre eux souhaiterait le faire contre seulement 9 % de non et 36 % qui ne savent pas. Les façons de faire pour promouvoir cette collaboration, sont selon les kinésithérapeutes par une bonne répartition des patientes en fonction des compétences de chacun et selon les sages-femmes par la transmission des patientes lorsque la méthode

utilisée n'est pas efficace pour effectuer la rééducation abdominale. Cependant, de nombreuses façons ont été citées, il semble donc judicieux que chaque groupe de collaboration s'accorde sur la manière de procéder.

Ce qu'il faut retenir :

- Les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes savent que ces premiers sont aptes à réaliser de la rééducation et de la prévention périnéale au cours de la grossesse.
- Le manque de formation et de demande freine les professionnels ne les pratiquant pas, à réaliser de la prévention et rééducation périnéale.
- Les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes utilisent principalement les mêmes techniques de rééducation et ont les mêmes objectifs de prévention périnéale.
- Les deux professions ont de bonnes connaissances sur les compétences et les moyens de rééducation de l'autre profession.
- Plus de la moitié des professionnels qui ne collaborent pas avec l'autre profession, mais souhaiterait le faire.

10. Discussion

10.1 Limites du sondage

Le nombre de réponses à ces questionnaires n'est pas assez élevé pour être significatif bien que ceux-ci nous offrent un aperçu sur les éléments pouvant influencer la collaboration entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte. En effet, le biais majeur de cette enquête est le nombre de réponses complètes obtenues à la fin de la phase de diffusion. Ce biais est plus présent chez les masseurs-kinésithérapeutes puisque 123 ont répondu entièrement au sondage sur un objectif de 383 réponses, la marge d'erreur est donc supérieure à 8 %. Or, plus cette marge est élevée et moins les résultats sont proches de la réalité.

Même si la marge d'erreur pour le groupe sages-femmes est légèrement supérieure à 5 %, le nombre de participants reste trop faible pour être réellement significatif (cf figure 22).

	Masseurs-kinésithérapeutes	Sages-femmes
Taille de la population	85 223	28 932
Taille de l'échantillon requis (avec 5% de marge d'erreur)	383	380
Taille de l'échantillon réel	123	292
Marge d'erreur	8,83 %	5,71 %

Figure 22 : Tableau du nombre de participants nécessaires par rapport à la taille de la population contre le nombre de répondants réel et les marges d'erreur correspondantes (chiffres calculés grâce au logiciel du site Check Market qui utilise la loi normale)

10.1.1 Biais d'échantillonnage

L'enquête visait à explorer l'avis des MK et des SF concernant la prévention périnéale et la collaboration entre ces deux professionnels. Tous les professionnels exerçant la rééducation périnéale, qu'ils pratiquent ou non la prévention ou qu'ils collaborent ou non avec l'autre profession étaient invités à répondre à ce sondage. Cependant, on peut admettre que les personnes qui ont répondu à ce questionnaire étaient intéressées par ce thème et que, à contrario, ceux qui n'étaient pas intéressés par celui-ci n'ont pas répondu au sondage. De plus, peu de professionnels ont répondu à la négative à la question sur leur pratique de la prévention périnéale. Il faut donc rester prudent quant à l'interprétation

des résultats. En effet, ici, 80,72 % exercent la prévention au cours de la grossesse cependant, il faut garder à l'esprit que les professionnels ne la pratiquant pas n'ont peut-être pas répondu à l'enquête.

L'échantillonnage utilisé est à participation volontaire. C'est-à-dire que seuls les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes qui le souhaitent choisissent de participer à l'enquête et donc de faire partie de cet échantillon. Cette méthode ne permet pas d'affirmer que les répondants ne sont pas différents des non-répondants. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats.

En ce qui concerne la méthode de diffusion, les sondages ont été diffusés par certains conseils départementaux de l'ordre, certaines unions régionales des professionnels de santé (URPS), les conseils nationaux de l'ordre (CNOMK/CNOSF), par plusieurs associations (association des sages-femmes libérales, association kiné périnée réunion, ...) ainsi que par le réseau social Facebook. Certains professionnels n'ont donc pas eu accès à ces sondages, il existe donc un biais dans la diffusion. En effet, les professionnels non-présents sur les réseaux sociaux, n'ayant pas transmis leur mail à leur conseil de l'ordre ou URPS, ou encore n'ayant pas été voir sur le site internet de leur conseil les sondages existants, n'ont pas pu avoir accès à cette enquête.

10.1.2 Biais dans la construction du questionnaire

La construction des questionnaires aurait pu être différente. En effet, après l'analyse des résultats, plusieurs points, que ça soit sur le fond ou sur la forme, auraient pu être améliorés. Par exemple, si les questionnaires avaient été moins longs, les professionnels auraient peut-être été plus nombreux à répondre complètement. Cela aurait permis d'avoir un échantillon plus important et donc une plus grande représentativité des résultats. De plus, malgré une grande réflexion sur l'élaboration des deux questionnaires, il est constaté que la partie « collaboration » aurait pu venir plus tôt dans le sondage pour entrer dans le vif du sujet dès le départ et ne pas perdre, ainsi, quelques répondants au cours du remplissage de ce questionnaire.

Plusieurs questions auraient pu être rédigées d'une autre façon afin d'améliorer la compréhension. En effet, sur les deux questionnaires, deux questions portaient sur les droits d'exercer du masseurs-kinésithérapeutes concernant la rééducation et la prévention périnéale au cours de la grossesse. Les réponses attendues concernaient les compétences

du kinésithérapeute, hors de nombreuses réponses concernaient plutôt les pathologies que celui-ci pouvait rééduquer pendant cette période de grossesse. De plus, dans la partie « prévention » pour la question, « quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous ? » plusieurs réponses étaient possibles notamment la réponse « séance(s) de rééducation » et « autres ». Plusieurs réponses dans « autres » étaient citées dans les moyens de rééducation précédemment demandés et pouvaient donc être comprises dans la réponse « séance(s) de rééducation ». Cependant, les répondants n'ont pas compris ce fait, il aurait donc été judicieux de détailler davantage la réponse « séance(s) de rééducation » ou de le formuler différemment.

En ce qui concerne le fond, quelques questions supplémentaires auraient permis d'avoir une bonne vision de la pratique de la prévention périnéale au cours de la grossesse. Effectivement, des questions pour comprendre pourquoi le répondant ne faisait pas soit de la rééducation pré-partum soit de la prévention périnéale anténatale ont été posées. Cependant, une ou deux questions auraient pu être rajoutées pour savoir pourquoi ceux qui les pratiquent réalisent de la rééducation pré-partum et de la prévention périnéale anténatale.

10.2 Confrontation des résultats avec les hypothèses

La première hypothèse pour répondre à la problématique « quels sont les éléments influençant la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ? » était que les MK n'ont pas conscience d'être habilités à faire de la prévention périnéale pré-partum. Cette hypothèse semble invalidée puisque plus de 64 % des MK pratiquent cette prévention. De plus, ceux ne la pratiquant pas expliquent que c'est parce qu'ils ne sont pas formés ou qu'ils n'ont pas de demande.

La deuxième hypothèse était que la non-connaissance des techniques utilisées par l'autre professionnel pouvait être un frein à la mise en place de cette collaboration. Or, ici, l'hypothèse est invalidée, car que ce soit les MK ou les SF, ils ont de bonnes connaissances sur les moyens utilisés par l'autre profession. Cela pourrait même être un élément déclencheur à la mise en place de la collaboration SF/MK.

La troisième hypothèse concerne le fait que les deux professions ont les mêmes objectifs pour la prévention périnéale ceux qui pourraient faciliter la collaboration. Cette hypothèse

est validée puisque les deux professionnels ont pour objectifs principaux la prévention périnéale : préparer l'accouchement, faciliter la rééducation post-partum, promouvoir une prise de conscience périnéale et enfin de prévenir les fuites urinaires.

Enfin, pour la dernière hypothèse, qui était que l'envie des professionnels à collaborer pouvait influencer la mise en place de cette collaboration, semble validée. En effet plus de 55 % des professionnels qui ne collaborent pas encore souhaitent le faire. Cet élément pourrait être un point favorisant cette collaboration.

10.3 Perspective

Cette première étude a permis de faire émerger divers points qui pourraient faciliter la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes. En effet, de ce sondage, il ressort que les professionnels ont l'envie de collaborer ensemble, que la connaissance des techniques utilisées par l'autre, la présence d'objectifs communs concernant la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte et le fait que les MK et les SF savent que ces premiers peuvent exercer la rééducation et la prévention périnéale, pourrait grandement permettre la mise en place de cette collaboration. D'autant plus, que l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité sont actuellement primordiaux dans l'exercice d'un professionnel soignant.

Des études interrogeant les patientes sur la représentation qu'elles ont des masseurs-kinésithérapeutes concernant la rééducation périnéale ainsi que sur leur choix de thérapeutes seraient intéressantes. De même, interroger les médecins prescripteurs pourrait également être intéressant notamment pour savoir s'ils prescrivent beaucoup de rééducation périnéale prénatale, et vers quels professionnels orientent-ils leurs patientes.

Ce travail de recherche a permis de mettre en lumière un certain nombre de freins et d'éléments facilitant la mise en place d'une collaboration entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes sur la prévention des troubles périnéaux au cours de la grossesse. Afin de promouvoir cette collaboration, ces réflexions devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie et de réponses concrètes principalement sur la manière de la mettre en place afin de rassurer les professionnels et d'améliorer leurs adhésions.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a confortée dans mon futur projet professionnel qui est de pouvoir accompagner les femmes enceintes tout au long de leur grossesse en

leur proposant une prévention et une rééducation périnéale tout en collaborant avec les sages-femmes pour être d'autant plus efficace. Mon projet futur serait donc de poursuivre ma formation en pelvi-périnéologie afin de me spécialiser vers domaine si particulier et si important pour les femmes, mais aussi les hommes et les enfants, présentant des troubles périnéaux qui affectent grandement leur qualité de vie.

Au cours de mon cursus de formation, j'ai pu observer des prises en charge de femmes et d'hommes présentant des troubles périnéaux et notamment en post-partum pour les femmes et en post prostatectomie chez les hommes. Ceux-ci, lors de leurs premiers rendez-vous recevaient énormément d'informations sur le périnée, sa localisation, son action et ses faiblesses, car les patients ne connaissaient pas ce qu'était à proprement parler le périnée.

Ne serait-ce donc pas primordial de débiter la prévention le plus tôt possible et ainsi d'éviter cette ignorance qui favorise l'apparition des troubles du périnée ?

11. Conclusion

L'interdisciplinarité entre deux professionnels de santé, sous-entend que deux disciplines croisent leurs compétences et savoir-faire pour soigner, ensemble, un patient donné. Ces deux professionnels doivent donc collaborer afin de promouvoir l'interdisciplinarité et ainsi proposer une prise en charge complète et adaptée à leur patient.

La prévention périnéale anténatale est, semble-t-il, un domaine privilégié de la sage-femme qui suit la femme enceinte jusqu'à l'accouchement, et même après pour la rééducation périnéale post-partum. Cependant, le masseur-kinésithérapeute est lui aussi un rééducateur et acteur de santé pouvant réaliser des actes de prévention. Sachant que la rééducation périnéale est un domaine commun entre les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes, serait-il possible qu'une collaboration entre ces deux professions soit promue afin de proposer une prise en charge la plus complète et la plus adaptée possible à une patiente donnée.

De façon plus générale, la problématique posée ici est « quels sont les éléments pouvant influencer la mise en place d'une collaboration sages-femmes/masseurs-kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte ? ». Afin d'y répondre, une méthodologie par questionnaire a été réalisée interrogeant ainsi les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

Les résultats de cette enquête ont révélé que les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes ont principalement les mêmes techniques de rééducation ainsi que les mêmes objectifs de prévention périnéale. De plus, ils ont également une bonne représentation des techniques utilisées par l'autre professionnel. En ce qui concerne la prévention périnéale anténatale, 64,23 % des masseurs-kinésithérapeutes la pratiquent contre 87,67 % des sages-femmes. Cette prévention est donc fortement réalisée par les professionnels ayant répondu au sondage. Cependant, et malgré tous ses points qui pourraient favoriser cette interdisciplinarité entre sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes, 57,35 % de ces professionnels ne collaborent pas ensemble, mais 55,04 % d'entre eux souhaiteraient le faire. Ce dernier point est important, car l'envie des professionnels à collaborer est primordiale pour que cela fonctionne. Pour autant, ces professionnels donnent de nombreuses et diverses pistes quant à la manière de procéder, il serait donc intéressant que les sages-femmes et les kinésithérapeutes se réunissent afin

de trouver leur manière de collaborer entres eux. De plus, il serait également intéressant que d'autres études soient développées pour analyser davantage ce point.

D'autres pistes pourraient également être explorées : débiter la prévention primaire des troubles périnéaux dès la petite enfance et la poursuivre tout au long de la vie des femmes, mais également des hommes. En effet, si tous étaient informés sur l'existence et l'utilité du périnée, peut-être, y aurait-il moins de troubles périnéaux que ça soit en post-partum, dû à l'âge ou même suite à une opération dans cette zone uro-génitale (par exemple, la prostatectomie chez les hommes). Cette prévention pourrait être faite grâce aux sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes par exemple.

Finalement, la prévention des troubles périnéaux concerne autant les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes puisque tous deux sont des rééducateurs et des professionnels de santé. Une collaboration semble donc être un point nécessaire à développer.

Bibliographie

1. Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. *Revue de la littérature et perspectives. Prog En Urol.* 1 juin 2016;26(7):385-94.
2. Fritel X, Fauconnier A, de Tayrac R, Amblard J, Cotte L, Fernandez H. Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale ? Rationnel et protocole de l'étude randomisée multicentrique prévention périnéale prénatale (3PN). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 sept 2008;37(5):441-8.
3. docThom. Définition de « Grossesse » [Internet]. Dictionnaire médical. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/912-grossesse/>
4. grossesse - La grossesse, c'est quoi? - NotreFamille.com [Internet]. NotreFamille. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://sante-guerir.notrefamille.com/sante-a-z/grossesse-la-grossesse-c-est-quoi-o236099.html>
5. Fattouh B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. 2020;19.
6. Kamina P, Richer J-P, Scépi M, Faure J-P, Demondion X. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. *EMC - Gynécologie.* janv 2006;1(1):1-28.
7. Thiriet P. Le centre tendineux du périnée. 2016;4.
8. Kamina P, Martinet C. Anatomie clinique. 3e édition. Paris: Maloine; 2014.
9. Kamina P, Delmas AP. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris, France: Maloine; 1974. 466; 5 p.
10. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique: Indications de la césarienne programmée à terme. *Rev Médecine Périnatale.* juin 2012;4(2):92-5.
11. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. 2020;17.
12. Université médicale virtuelle francophone. Complications traumatiques de l'accouchement. :14.
13. Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare-Riche T, Delamare J, Casassus P. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 32e édition mise à jour. Paris: Maloine; 2017.
14. Lansac J, Descamps P, Goffinet F, Benachi A, Benoist G, Beucher G, et al. Pratique de l'accouchement. 6e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
15. l'Urologie M de. Chapitre 08 - Troubles de la miction de l'adulte et du sujet âgé [Internet]. 2016 [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/troubles-de-la-miction.html>
16. Blanc B, Siproudhis L. Pelvi-périnéologie. Paris Berlin Heidelberg [etc.]: Springer; 2005.

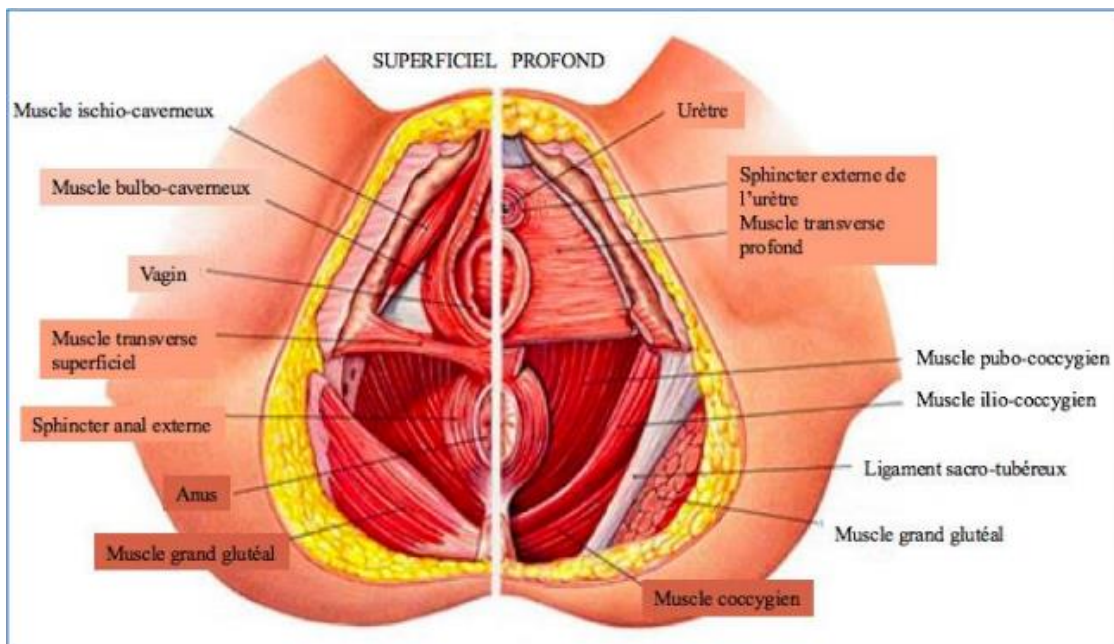
17. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. janv 2003;61(1):37-49.
18. Faltin D-L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2009;38(8):S146-52.
19. Fritel X. Périnée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mai 2010;38(5):332-46.
20. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J*. janv 2010;21(1):5-26.
21. Gadi S, Ouldmhalla H, Dibi S, Alami MH, Filali A, Elbarnoussi L, et al. Les dyspareunies du post partum: un sujet non négligeable. *J Maroc Sci Médicales*. 26 nov 2014;19(2).
22. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 avr 2013;(4):CD005123.
23. Morin C, Leymarie MC. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. *Rev Sage-Femme*. 1 déc 2013;12(6):263-8.
24. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP. *Prog En Urol*. 1 juill 2016;26:S1-7.
25. Haute Autorité de Santé. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
26. Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 1 nov 2018;46.
27. Légifrance. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
28. Sengler J, Grosse D. Rééducation périnéale. *EMC - Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt*. 2001;(26-510-A-10):1-14.
29. Pieber D, Zivkovic F, Tamussino K. [Pelvic floor exercises without or with vaginal cones in premenopausal women with mild to moderate stress incontinence]. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. 1994;34(1):32-3.
30. Larsen Burgio K, Robinson JC, Engel BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1 janv 1986;154(1):58-64.
31. Erlandson BE, Fall M, Sundin T. Intravaginal electrical stimulation. Clinical experiments of urethral closure. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 1977;(44):31-9.
32. Smith JJ. Intravaginal stimulation randomized trial. *J Urol*. janv 1996;155(1):127-30.

33. CAUFRIEZ M. Techniques abdominales hypopressives et rééducation uro-gynécologique. Kinésithérapie Sci. 1995;(N°351):p.53-55.
34. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
36. Collège National des Sages-Femmes de France. Sage-femme et prescription. 2015.
37. Conseil National des Sages-femmes en France. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. 2014.
38. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 2007;56.
39. ExpertMémoire.com. Apprenez à rédiger un questionnaire pour votre mémoire. Rédaction de mémoires. [Internet]. 2015 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.expertmemoire.com/questionnaire-memoire/>
40. Fenneteau H. L'enquête: entretien et questionnaire. 3e édition. Paris: Dunod; 2015. (Les Topos).
41. Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rapport démographique. 2017.
42. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Données démographiques de la profession. 2017. [cité 15 avr 2021].

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Anatomie du périnée	I
Annexe II : questionnaire du groupe masseurs-kinésithérapeutes	II
Annexe III : Questionnaire du groupe sages-femmes	V
Annexe IV : Analyse des résultats par profession et croisée.....	VIII

Annexe I : Anatomie du périnée



Source : Atlas d'anatomie NETTER

Annexe 2 : Questionnaire pour le groupe masseurs-kinésithérapeutes

Questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes pratiquant la rééducation périnéale.

Bonjour,

Etudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête auprès des Sages-Femmes et des Masseurs-Kinésithérapeutes sur le thème de la collaboration sur la prévention des troubles périnéaux chez les femmes enceintes.

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux **masseurs-kinésithérapeutes pratiquant de la rééducation périnéale.**

Les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Ce questionnaire vous prendra moins de 10 minutes. Vous pourrez enregistrer et revenir compléter le questionnaire si nécessaire. Il y a 22 questions dans ce questionnaire.

Remarque sur la protection de la vie privée : Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1^{ère} partie : Généralités

- 1) **Etes-vous :** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Un homme
 - Une femme
 - Autre
- 2) **Quel âge avez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 35 ans
 - Entre 35 et 45 ans
 - Entre 45 et 55 ans
 - Plus de 55 ans
- 3) **Depuis quand exercez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Moins de 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 30 et 40 ans
 - Plus de 40 ans
- 4) **Dans quelle région exercez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible, liste déroulante)*
- 5) **Quel est votre mode d'exercice ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*

- Libéral
- Salarié
- Mixte

2^{ème} partie : Pratique professionnelle

- 6) **Actuellement, pratiquez-vous de la rééducation périnéale en pré-partum et/ou post-partum ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Pré-partum
 - Post-partum
 - Les deux
- 7) **Si vous ne pratiquez pas de rééducation pré-partum, pourquoi ?** (*Si réponse « post-partum » à la question 6, plusieurs réponses possibles*)
- Je ne suis pas intéressé(e)
 - Je manque de temps pour le faire
 - Je ne sais pas si je peux le faire
 - Je ne suis pas formé(e)
 - Autre :
- 8) **A votre avis, le kinésithérapeute peut-il pratiquer de la rééducation pelvi-périnéale chez la femme enceinte ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 9) **Pour quelle(s) raison(s) ?** (*Non obligatoire, réponse longue*)

3^{ème} partie : Rééducation périnéale

- 10) **Quel(s) moyen(s) de rééducation utilisez-vous ?** (*Obligatoire, réponse longue*)

4^{ème} partie : Prévention

- 11) **A votre avis, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils réaliser de la prévention pelvi-périnéale au cours de la grossesse ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 12) **Pour quelle(s) raison(s) ?** (*Non obligatoire, réponse longue*)
- 13) **Pratiquez-vous de la prévention périnéale chez les femmes enceintes ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
- 14) **Pour quelle(s) raison(s) ?** (*Si réponse « non » à la question 13, plusieurs réponses possibles*)
- Je ne suis pas intéressé(e)
 - Je ne sais pas quel type de prévention donner
 - Je ne pensais pas pouvoir avoir un rôle en prévention chez la femme enceinte concernant les troubles du périnée

- Je n'ai pas le temps
- Je ne suis pas formé(e)
- Autre : ...

15) **Quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous ?** *(Si réponse « oui » à la question 13, plusieurs réponses possibles)*

- Information orale
- Information écrite (poster, prospectus, ...)
- Séance(s) de rééducation périnéale
- Autre :

16) **Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) objectif(s) de la prévention périnéale en pré-partum ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*

5^{ème} partie : Collaboration avec les sages-femmes

17) **Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) moyen(s) de rééducation utilisés par les sages-femmes ?** *(Obligatoire, réponse longue)*

18) **Travaillez-vous en collaboration avec les sages-femmes concernant la rééducation périnéale ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*

- Oui
- Non

19) **Pour quelle(s) raison(s) ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*

20) **Auriez-vous envie de travailler en collaboration avec les sages-femmes ?** *(Si réponse « non » à la question 18, 1 seule réponse possible)*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21) **De quelle(s) façon(s) ?** *(Si réponse « oui » à la question 20, non obligatoire, réponse longue)*

6^{ème} partie : Remarques

22) **Avez-vous des remarques ou des suggestions ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*

Merci pour votre participation

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur mon mémoire ou avoir les résultats finaux n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : melanie.lucas.IFMKbrest@gmail.com

Annexe 3 : Questionnaire pour le groupe sages-femmes

Questionnaire pour les sages-femmes pratiquant la rééducation périnéale

Bonjour,

Etudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête auprès des Sages-Femmes et des Masseurs-Kinésithérapeutes sur le thème de la collaboration sur la prévention des troubles périnéaux chez les femmes enceintes.

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux sages-femmes pratiquant de la rééducation périnéale.

Les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Ce questionnaire vous prendra moins de 10 minutes. Vous pourrez enregistrer et revenir compléter le questionnaire si nécessaire. Il y a 22 questions dans ce questionnaire.

Remarque sur la protection de la vie privée : Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1^{ère} partie : Généralités

- 1) **Etes-vous :** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Un homme
 - Une femme
 - Autre
- 2) **Quel âge avez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 35 ans
 - Entre 35 et 45 ans
 - Entre 45 et 55 ans
 - Plus de 55 ans
- 3) **Depuis quand exercez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
 - Moins de 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Entre 20 et 30 ans
 - Entre 30 et 40 ans
 - Plus de 40 ans
- 4) **Dans quelle région exercez-vous ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible, liste déroulante)*

- 5) **Quel est votre mode d'exercice ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Libéral
 - Salarié
 - Mixte

2^{ème} partie : Pratique professionnelle

- 6) **Actuellement, pratiquez-vous de la rééducation périnéale en pré-partum et/ou post-partum ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Pré-partum
 - Post-partum
 - Les deux
- 7) **Si vous ne pratiquez pas de rééducation pré-partum, pourquoi ?** (*Si réponse « post-partum » à la question 6, plusieurs réponses possibles*)
- Je ne suis pas intéressé(e)
 - Je manque de temps pour le faire
 - Je ne sais pas si je peux le faire
 - Je ne suis pas formé(e)
 - Autre :

3^{ème} partie : Rééducation périnéale

- 8) **Quel(s) moyen(s) de rééducation utilisez-vous ?** (*Obligatoire, réponse longue*)

4^{ème} partie : Prévention

- 9) **Pratiquez-vous de la prévention périnéale chez les femmes enceintes ?** (*Obligatoire, 1 seule réponse possible*)
- Oui
 - Non
- 10) **Pour quelle(s) raison(s) ?** (*Si réponse « non » à la question 9, obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Je ne suis pas intéressé(e)
 - Je ne sais pas quel type de prévention donner
 - Je n'ai pas le temps
 - Je ne suis pas formé(e)
 - Autre : ...
- 11) **Quel(s) moyen(s) de prévention utilisez-vous ?** (*Si réponse « oui » à la question 9, obligatoire, plusieurs réponses possibles*)
- Information orale
 - Information écrite (poster, prospectus, ...)
 - Séance(s) de rééducation périnéale
 - Autre :
- 12) **Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) objectif(s) de la prévention périnéale en pré-partum ?** (*Non obligatoire, réponse longue*)

5^{ème} partie : Collaboration avec les masseurs kinésithérapeutes

- 13) **A votre avis, le kinésithérapeute peut-il pratiquer de la rééducation pelvi-périnéale chez la femme enceinte ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 14) **Pour quelle(s) raison(s) ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*
- 15) **Pour vous, quel(s) est (sont) le(s) moyen(s) de rééducation utilisé(s) par les masseurs-kinésithérapeutes ?** *(Si réponse « oui » à la question 14, obligatoire, réponse longue)*
- 16) **A votre avis, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils réaliser de la prévention pelvi-périnéale au cours de la grossesse ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 17) **Pour quelle(s) raison(s) ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*
- 18) **Travaillez-vous en collaboration avec les kinésithérapeutes concernant la rééducation périnéale ?** *(Obligatoire, 1 seule réponse possible)*
- Oui
 - Non
- 19) **Pour quelle(s) raison(s) ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*
- 20) **Auriez-vous envie de travailler en collaboration avec les masseurs-kinésithérapeutes ?** *(Si réponse « non » à la question 19, obligatoire, 1 seule réponse possible)*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 21) **De quelle(s) façon(s) ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*

6^{ème} partie : remarques

- 22) **Avez-vous des remarques ou des suggestions ?** *(Non obligatoire, réponse longue)*

Merci pour votre participation

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur mon mémoire ou avoir les résultats finaux n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : melanie.lucas.IFMKbrest@gmail.com

Annexe 4 : Analyse des résultats par profession et croisée.

Questions	Réponses		Analyse
	Par profession	Croisées	
Sexe ?	MK	Femmes : 115/123 = 93,5% Hommes : 8/123 = 6,5%	Femmes = 403/415 = 97,11 % Les femmes sont plus présentes en rééducation périnéale MK : 49,85% des MK sont des femmes (sur 85 223 MK) SF = 97,3% des SF sont des femmes (sur 23 134 SF)
	SF	Femmes : 288/292 = 98,63% Hommes : 4/292 = 1,37%	
Age ?	MK	Moins de 25 ans : 2/123 = 1,63% 25-30 ans : 42/123 = 34,15% 35-45 ans : 36/123 = 29,27% 45-55 ans : 22/123 = 17,89% Plus de 55 ans : 21/123 = 17,07%	25-30 ans : 34,70% 30-45 ans : 27% 25-45 ans : 61,7 % Pyramide des âges : MK = 58,33% des MK ont entre 25 et 45 ans en France SF : la moyenne d'âge de la profession est de 40,3 ans. Les jeunes femmes semblent plus intéressées par ce sujet. Mode de diffusion numérique → réponses prédominantes de la population jeune
	SF	Moins de 25 ans : 3/292 = 1,03% 25 et 35 ans : 102/292 = 34,93% 35 et 45 ans : 76/292 = 26,03% 45 et 55 ans : 73/292 = 25,00% Plus de 55 ans : 38/292 = 13,01%	
Temps d'exercice ?	MK	Moins de 10 ans : 27,64% Entre 10 et 20 ans : 31,71% Entre 20 et 30 ans : 20,33% Entre 30 et 40 ans : 17,07% Plus de 40 ans : 3,25%	Entre 0 et 30 ans d'exercice = 82,17% Etant donnée les tranches d'âge prédominantes, le temps d'exercice y est corrélé. De plus, les questionnaires ont été diffusés via le numérique, qui est plus utilisé par les jeunes.
	SF	Moins de 10 ans : 31,51% Entre 10 et 20 ans : 28,77% Entre 20 et 30 ans : 22,95% Entre 30 et 40 ans : 14,73%	

		Plus de 40 ans : 2,05%		
Régions d'exercices ?	MK	13 régions différentes dont 32,02% en Bretagne		Discussion : Biais dans les réponses car la diffusion a été différentes entre les 2 professions en fonction de l'acceptation des conseils de l'ordre, des associations, des URPS,...
	SF	15 régions différentes avec une prédominance des régions : <ul style="list-style-type: none"> - Pays de Loire : 15,07% - Grand Est : 13,7% - PACA : 11,3% 		
Mode d'exercice ?	MK	Salarié : 5/123 = 4,07% Libéral : 115/123 = 93,50% Mixte : 3/123 = 2,44%	Libéral : 90,12%	Rééducation périnéale s'effectue principalement en libéral. Influencé par le mode de diffusion : association des SF libérales par exemple Selon les ordres : MK = 84,11 % exercent en libéral en France SF= 15 % exercent uniquement en libéral en France
	SF	Salarié : 6/292 = 2,05% Libéral : 259/292 = 88,70% Mixte : 27/292 = 9,25%		
Type de rééducation périnéale ?	MK	Pré-partum : 1/123 = 1,03% Post-partum : 53/123 = 43,09% Les deux : 69/123 = 56,1%	Pré et Post-partum : 52,29%	Peu de que pré-partum comparé à que des post-partum. → Rééducation périnéale prédominante en post-partum → pas de demande en pré-partum.
	SF	Pré-partum : 3/292 = 1,03% Post-partum : 141/292 = 48,29% Les deux = 148/292 = 50,68%		

Le MK peut-il pratiquer la rééducation périnéale chez la femme enceinte ?	MK	Oui : 92,68% Non : 0,81% Je ne sais pas : 6,50%	Oui : 66,26% Non : 6,75% Je sais pas : 26,99%	Les MK savent qu'ils peuvent pratiquer en pré-partum alors que les SF sont plus incertaines sur ce fait. Cela, gêne-t-il la collaboration entre les deux professions ?
	SF	Oui : 55,14% Non : 9,25% Je ne sais pas : 35,62%		
Moyens utilisés en rééducation périnéale par les MK ?	MK	Manuel : 32,88 % Biofeedback : 29,11 % Electrostimulation : 18,49% Travail postural : 8,22 % Abdominaux hypopressifs : 10,27% Autres : 39,73 %		Les SF ont une bonne représentation des techniques utilisées par les MK. → SF et MK utilisent principalement les mêmes techniques → Quelques techniques différent principalement dû aux compétences de chacun.
	Selon les SF	Biofeedback : 39,04% Electrostimulation : 39,73% Manuelle : 23,97% Gym hypopressive : 9,93% Postural : 8,56% Autres : 27,4%		
Quels moyens de rééducation utilisent les SF ?	Selon les MK	Manuel : 47,15 % Biofeedback : 33,33 % Electrostimulation : 30,89 % Visualisation : 30,89 % CMP : 10,57 % Autres (28 items) : 75,61 %		Les MK connaissent les techniques utilisées par les SF
	SF	Manuelle : 59,59 % Electrostimulation : 57,19% CMP : 41,78% Biofeedback : 39,38% Eutonie : 25,34% Autres (21 items) : 59,59 %		
Les MK peuvent-ils réaliser de la prévention périnéale au	MK	Oui : 93,50% Non : 0,81% Je ne sais pas : 5,69%	Oui : 66,51% Non : 6,75%	La majorité pensent que les MK peuvent faire de la prévention périnéale pendant la grossesse car ils ont la

cours de la grossesse ?	SF	Oui : 55,14% Non : 9,25% Je ne sais pas : 35,62%	Je ne sais : 26,75%	compétence pour le faire. La prévention étant un acte primordial dans nos prises en charge, elle peut être réalisé par tous les professionnels de santé.
Pratiquez-vous de la prévention périnéale chez les femmes enceintes ?	MK	Oui : 64,23% Non : 35,77%	Oui : 80,72%	La majorité des professionnels exercent la prévention périnéale au cours de la grossesse. Notamment car l'impact des troubles périnéaux relève d'une priorité de santé publique. Les professionnels sont donc encouragés à faire de la prévention.
	SF	Oui : 87,67% Non : 12,33%		
Moyens de prévention utilisés ?	MK	. Information orale : 44,97% . Information écrite (poster, prospectus,...) : 20,71% . Séance(s) de rééducation périnéale : 28,40% . Autre 5,92%	Info orale : 78,80%	Informations orales prédominantes. Séances de rééducation plus utilisée chez les MK, notamment quand présence de troubles périnéaux pendant la grossesse.
	SF	. Information orale : 51,43% . Information écrite (poster, prospectus, ...) : 21,72% . Séance(s) de rééducation périnéale : 14,14% . Autre : 12,70%		
Pourquoi non ?	MK	. Je ne suis pas intéressé(e) : 2,08% . Je ne sais pas quel type de prévention donner : 6,25% . Je ne pensais pas pouvoir avoir un rôle en prévention chez la femme enceinte concernant les troubles du périnée : 2,08%	Pas formé : 25% Autre (pas de demande ++): 47,7%	Manque de formation que ça soit pour les SF ou MK Pas de demande auprès des MK car pas de prescription : volonté des MK à avoir des prescriptions

		<ul style="list-style-type: none"> . Je n'ai pas le temps : 4,17% . Je ne suis pas formé(e) : 16,67 % . Autre (pas de demande, pas de prescriptions, pas adressé) : 68,75% 		Volonté des SF à être formé afin de savoir davantage quelle prévention donner.
	SF	<ul style="list-style-type: none"> . Je ne suis pas intéressé(e) : 0,00% . Je ne sais pas quel type de prévention donner : 25% . Je n'ai pas le temps : 17,5% . Je ne suis pas formé(e) : 35% . Autre (pas de demande ++): 22,5% 		
Objectifs de la prévention périnéale en pré-partum ?	MK	<ul style="list-style-type: none"> . Préparer l'accouchement . Faciliter rééducation post-partum . Prise de conscience périnéale . Prévenir les fuites urinaires 	Idem entre les deux professions	SF et MK ont les mêmes objectifs de prévention périnéale au cours de la grossesse. Ceux qui pourrait faciliter la collaboration entre ses deux professions.
	SF	<ul style="list-style-type: none"> . Faciliter la rééducation périnéale en post-partum . Comprendre et connaître le périnée . Préparation à l'accouchement . Prise de conscience périnéale . Diminuer l'incidence incontinence urinaire 		
Travaillez-vous en collaboration avec l'autre profession (SF ou MK) ?	MK	Oui : 35,77% Non : 64,23%	Oui : 42,65% Non : 57,35%	Plus de la moitié des professionnels ne collaborent pas principalement par manque de contact ou pas manque d'occasion.
	SF	Oui : 45,55% Non : 54,45%		
Si non, auriez-vous envie de travailler en collaboration avec l'autre profession ?	MK	Oui : 56,96% Non : 7,59% Je ne sais pas : 35,44%	Oui : 55,04% Non : 9,24% Ne sais pas : 35,71%	Plus de la moitié des professionnels ont l'envie de collaborer. Cela pourrait être un élément déclencheur pour construire cette collaboration.
	SF	Oui : 54,09% Non : 10,06% Je ne sais pas : 35,85%		

Si oui, de quelles façons ?	MK	<ul style="list-style-type: none"> . Complémentarité . Collaboration . Répartitions des patientes en fonction des compétences de chacun 		<p>Diverses façons de faire ont été évoqué par les professionnels. Ayant beaucoup de réponses différentes en fonction de chaque répondant, le mieux serait les professionnels se mettent en contact et abordent leur envie concernant la manière de procéder.</p>
	SF	<ul style="list-style-type: none"> . Quand méthode utilisée non efficace . Transmettre patiente pour rééducation abdominale . Complémentarité 		

NOM : LUCAS

PRENOM : MELANIE

TITRE : ENQUETE SUR LA COLLABORATION SAGES-FEMMES/MASSEURS-KINESITHERAPEUTES POUR LA PREVENTION DES TROUBLES PERINEAUX CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Introduction: The impact of pelvic dysfunction on women's health is a public health priority since pregnancy and childbirth are proven risk factors and have an impact on quality of life. A preventive intervention strategy therefore seems necessary. Midwives and physiotherapists can play a role in this prevention. The objective of this study is to carry out an inventory of the elements influencing the implementation of a midwife/physiotherapist collaboration for the prevention of perineal disorders in pregnant women. **Method:** A questionnaire-based method was used with these two health professionals in France. The dissemination was done through social networks and professional organizations. **Results:** 123 physiotherapists and 292 midwives responded to this survey. 80.72% of them perform prevention in pregnant women, but 57.35% of them do not collaborate. However, 55.04% of the latter would like to do so. **Discussion:** In view of the analysis of the results, these professionals seem to be aware of the value of collaboration between them for the prevention of perineal disorders in pregnant women, but are still hesitant about how to proceed

Introduction : L'impact des dysfonctionnements pelviens sur la santé des femmes est une priorité de santé publique puisque la grossesse et l'accouchement sont des facteurs de risque avérés et ont un impact sur la qualité de vie. Une stratégie d'intervention de prévention semble donc nécessaire. Sages-femmes et kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle dans cette prévention. L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux sur les éléments influençant la mise en place d'une collaboration sages-femmes/kinésithérapeutes pour la prévention des troubles périnéaux chez la femme enceinte. **Méthode :** Une méthode par questionnaire a été réalisée auprès de ces deux professionnels de santé en France. La diffusion s'est faite grâce aux réseaux sociaux et par des organismes professionnels. **Résultats :** 123 kinésithérapeutes et 292 sages-femmes ont répondu à cette enquête. 80,72 % réalisent de la prévention chez les femmes enceintes, mais 57,35 % d'entre eux ne collaborent pas ensemble. Cependant, 55,04 % de ces derniers, souhaitent le faire. **Discussion :** Au vu de l'analyse des résultats, ces professionnels semblent conscients de l'intérêt d'une collaboration entre eux pour la prévention des troubles périnéaux chez les femmes enceintes, mais sont encore hésitants concernant la manière de procéder.

KEYWORDS : midwives, physiotherapists, prévention, perineal disorders, pregnancy

MOTS CLES : sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, prévention, troubles périnéaux, grossesse

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE BREST
22 avenue Camille Desmoulins – 29238 BREST CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2021