



INSTITUT DE FORMATION EN
MASSO-KINESITHERAPIE DU
CHU D'AMIENS – PICARDIE



Région
Hauts-de-France



UNIVERSITE DE PICARDIE
JULES VERNE

*Mémoire de fin d'études de masseur-kinésithérapeute
UE 28*

La rééducation périnéale du post-partum : Etat des lieux de la pratique chez les masseurs-kinésithérapeutes et sages- femmes libéraux

Agathe VANOYE
2018/2019

Directrice de mémoire : Mme Marina LEBLOND, formatrice à l'IFMK d'Amiens

RESUME FRANÇAIS :

Introduction : Pendant la grossesse et l'accouchement, le périnée est très sollicité ce qui entraîne une perte de force musculaire pouvant engendrer une incontinence urinaire. La rééducation périnéale du post-partum est donc recommandée pour palier à ces déficits. Il existe de très nombreuses techniques et des pratiques très disparates tant sur l'indication que sur les modalités pratiques de réalisation.

L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la pratique des kinésithérapeutes mais également des sages-femmes concernant la rééducation périnéale du post-partum. L'objectif secondaire est de connaître le taux de prise en charge optimale grâce à 3 critères retrouvés dans la littérature, à savoir : l'association de plusieurs techniques, le commencement des séances après 6 à 8 semaines de post-partum et la présence du thérapeute pendant la séance.

Matériel et méthode : Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux kinésithérapeutes ainsi qu'aux sages-femmes libéraux pratiquant cette rééducation.

Résultats : 521 réponses ont été analysées, dont 329 masseurs-kinésithérapeutes et 192 sages-femmes. Ces réponses mettent en évidence des différences de pratiques mais aussi des similitudes.

Tous deux s'accordent sur l'utilisation de la méthode manuelle (82% chez les masseurs-kinésithérapeutes et 61% chez les sages-femmes) et sur le besoin d'effectuer des formations continues (99% des kinésithérapeutes et 86% des sages-femmes). En revanche, la sage-femme utilisera la méthode CMP (connaissance et maîtrise du périnée) et l'eutonnie tandis que le kinésithérapeute utilisera plus facilement le biofeedback et l'électrostimulation.

Le taux de prise en charge optimale (respect des 3 critères) est de 67% chez les kinésithérapeutes et 68% chez les sages-femmes.

Discussion : Les recommandations de l'ANAES datant de 2002, des mises à jour seraient nécessaires pour établir un consensus sur la pratique.

Mots clés : rééducation périnéale, postpartum, incontinence urinaire, muscles du plancher pelvien, accouchement

RESUME ANGLAIS:

Introduction: During pregnancy and childbirth, the perineum is very stressed, which leads to loss of muscle strength, which can result in urinary incontinence. Therefore, postpartum pelvic floor rehabilitation is there to compensate for these deficiencies. There are very many techniques and very disparate practices both on the indication and on the practical modalities of implementation.

The objective of this study is to draw up an inventory of the practice of physiotherapists and midwives regarding postpartum pelvic floor rehabilitation.

The secondary objective is to know the optimal management rate using 3 criteria found in the literature, namely the combination of several techniques, the beginning of the sessions after 6 to 8 weeks postpartum and the presence of the therapist during the session.

Material and methods: This study was carried out using a questionnaire addressed to physiotherapists and liberal midwives practicing this rehabilitation.

Results: 521 responses were analyzed, including 329 from physiotherapists and 192 from midwives.

These responses highlight differences in practice but also similarities.

Both agree on the use of the manual method (82% for physiotherapists and 61% for midwives) and on the need for continuous training (99% for physiotherapists and 86% for midwives). On the other hand, the midwife will use the CMP method (knowledge and control of the perineum) and eutonia while the physiotherapist will use biofeedback and electrostimulation more easily.

The optimal care rate (compliance with the 3 criteria) is 67% for physiotherapists and 68% for midwives.

Discussion: As the ANAES recommendations date back to 2002, updates would be necessary to build consensus on practice.

Keywords: pelvic floor muscle training, postpartum, urinary incontinence, pelvic floor muscle, childbirth

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

Mes directeurs de mémoire, Madame Marina Leblond et Monsieur Frédéric Cosson pour leur disponibilité et leurs conseils avisés,

Les kinésithérapeutes et sages-femmes m'ayant aidée à l'élaboration de ce mémoire,

Ainsi que tous les kinésithérapeutes et sages-femmes ayant répondu au questionnaire.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur soutien.

ABREVIATIONS

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

NP : Niveau de Preuve

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

ESF : ElectroStimulation Fonctionnelle

GAH : Gymnastique Abdominale Hypopressive

CMP : Connaissance et Maîtrise du Périnée

IPPP : Institut de Pelvi-Périnéologie de Paris

EIRPP : Ecole Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

SIREPP : Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie

MK : Masseur-Kinésithérapeute

SF : Sage-Femme

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Sommaire :

1.	Introduction.....	3
1.1.	Thématique : la rééducation périnéale du post-partum.....	3
1.2.	État de l’art.....	4
1.2.1.	Grossesse, accouchement, conséquences et prise en charge.....	4
1.2.1.1.	Rappels anatomiques.....	4
1.2.1.2.	Rôle du périnée.....	9
1.2.1.3.	Conséquences d’une faiblesse du périnée.....	9
1.2.1.4.	Bilan pour la rééducation périnéale du post-partum.....	10
1.2.1.5.	Les principales techniques de rééducation.....	13
1.2.1.6.	Les différentes formations continues.....	16
1.2.2.	Les recommandations de bonnes pratiques.....	17
1.2.3.	Les interrogations et besoins de recherche.....	19
1.3.	Problématique.....	20
2.	Matériel et méthode.....	21
2.1.	Méthode selon les critères PICOTS.....	21
2.1.1.	Population d’étude : les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux.....	21
2.1.2.	Intervention : Mise en place d’un questionnaire.....	21
2.1.3.	Comparateur.....	21
2.1.4.	Outcome : critère de jugement.....	22
2.1.5.	Time : temps.....	22
2.1.6.	Study : schéma d’étude.....	22
2.2.	Matériel.....	23
2.2.1.	Outils : questionnaire.....	23
2.3.	Recueil des données.....	24
2.4.	Traitements des données (statistiques).....	24
2.5.	Résumé sous forme de Flow Chart.....	24
3.	Résultats.....	26
3.1.	Description des données.....	26
3.1.1.	Caractéristiques de la population.....	27
3.1.2.	Formations en rééducation périnéale.....	29
3.1.3.	La pratique en rééducation périnéale.....	32
3.2.	Analyse des résultats.....	39
3.2.1.	Début des séances.....	39

3.2.2.	Association des techniques.....	40
3.2.3.	Présence du thérapeute	40
3.2.4.	Association des 3 critères	41
4.	Discussion	42
4.1.	Résultats à la lumière de la problématique	42
4.1.1.	Caractéristiques de la population	42
4.1.2.	Formations en rééducation périnéale.....	42
4.1.3.	La pratique en rééducation périnéale.....	43
4.2.	Résultats à la lumière de la littérature	44
4.3.	Apports et limites du travail.....	44
4.3.1.	Apports du travail.....	44
4.3.2.	Limites du travail.....	45
4.4.	Perspectives, applications potentiels, piste de poursuite.....	45
	Conclusion.....	47
	Références bibliographiques	I
	Annexes.....	III

1. INTRODUCTION

1.1. Thématique : la rééducation périnéale du post-partum

En France, en 2018, selon l'Insee, le nombre de naissances s'est élevé à 758 000.

Suite à la grossesse, à l'accouchement, à l'hypersollicitation du périnée et à l'imprégnation hormonale, les ligaments et muscles périnéaux subissent une distension importante. Cela entraîne des troubles fonctionnels tels que des douleurs et une perte de force musculaire, ce qui engendre généralement une incontinence urinaire voire anale.

Chez les femmes ayant une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum, une rééducation périnéale par des exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien est recommandée (1). Dix séances peuvent être prescrites et prises en charge à 100% par l'assurance maladie.

La rééducation périnéale existe depuis 1948, développée par le gynécologue et sexologue américain Arnold Kegel qui proposait des exercices de contractions musculaires du plancher pelvien en réponse aux troubles urinaires.

En France, c'est en 1978 que les bases de la rééducation périnéale ont vu le jour par le kinésithérapeute Alain Bourcier.

Si certains pays ne proposent pas de rééducation périnéale en post-partum, en France, elle est proposée dans un cadre de prévention primaire et prise en charge par la sécurité sociale (2).

Aujourd'hui cette rééducation est très largement répandue en France, mais il existe de très nombreuses techniques et des pratiques très disparates tant sur l'indication que sur les modalités pratiques de réalisation (auto-rééducation, séances avec un thérapeute, nombre, type et durée des exercices, position des exercices, etc.) (3). Il m'est donc apparu important de faire le point sur les principales techniques ou méthodes utilisées aujourd'hui par les thérapeutes.

Actuellement, la rééducation périnéale peut être effectuée chez un masseur-kinésithérapeute. En effet, selon l'Article R4321-4, « sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : [...] 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 » (4).

Mais cette rééducation peut également être effectuée chez une sage-femme libérale. Selon l'Article R4127-318, « pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment [...] La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement » (5).

La rééducation périnéale se définit comme un ensemble d'exercices permettant le renforcement musculaire du périnée. Elle va permettre un travail sur la musculature de la région périnéale indispensable au maintien de la vessie, de l'utérus et du rectum. Elle vise à renforcer la sangle musculaire pubo-rectale, à mettre en place le verrouillage périnéal avant l'effort, à contrôler le réflexe uréthro-vésical et travailler le sphincter anal (6).

Le terme « rééduquer » prend ici un large sens. En effet, il s'agit d'éduquer à nouveau la patiente, en lui proposant des mécanismes d'autocorrection et des exercices facilement réalisables quotidiennement.

J'ai pris conscience de l'importance et de l'utilité de cette rééducation en participant à une séance chez une sage-femme qui exerçait dans le cabinet de kinésithérapie où j'effectuais mon stage.

J'ai donc constaté que cette rééducation pouvait être effectuée chez un kinésithérapeute mais également chez une sage-femme libérale.

Une question s'est donc posée à moi : quelle est la différence de prise en charge entre les deux professionnels de santé ?

L'objectif de mon mémoire est de dresser un état des lieux de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes libéraux en rééducation périnéale du post-partum et ainsi d'observer les différences de pratiques inter et intra professionnelles.

De plus, est-ce que la pratique des deux professionnels est conforme aux recommandations retrouvées dans la littérature ?

1.2.État de l'art

1.2.1. *Grossesse, accouchement, conséquences et prise en charge*

La prise en charge rééducative globale du post-partum comprend trois grandes dominantes :

- Une prise en charge périnéo-sphinctérienne
- Une prise en charge pelvi-rachidienne
- Une prise en charge de la sangle abdominale

Dans ce mémoire, je choisis de m'intéresser à la prise en charge périnéo-sphinctérienne qui est à effectuer normalement avant celle de la sangle abdominale. Les sages-femmes sont habilitées à effectuer cette rééducation. En revanche, la prise en charge pelvi-rachidienne ainsi que celle de la sangle abdominale restent de la compétence du masseur-kinésithérapeute (5).

1.2.1.1. Rappels anatomiques

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Il supporte le poids des viscères lorsque la femme est debout. On le compare souvent à une "base" délimitée par les os du pelvis, d'où son appellation de "plancher pelvien" (7).

Les limites du périnée sont constituées par un cadre ostéo-fibreux, losangique avec :

- en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio- pubiennes,
- en arrière le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux.

La configuration du périnée est variable selon la position du sujet : une fente chez la femme debout, un losange à grand axe antéro-postérieur chez la femme en position gynécologique.

Les sommets de ce losange sont :

- en avant, la symphyse pubienne,
- en arrière, le coccyx,

- latéralement, les tubérosités ischiatiques.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux triangles (Figure 1) :

- le périnée antérieur ou région uro-génitale,
- le périnée postérieur ou région anale.

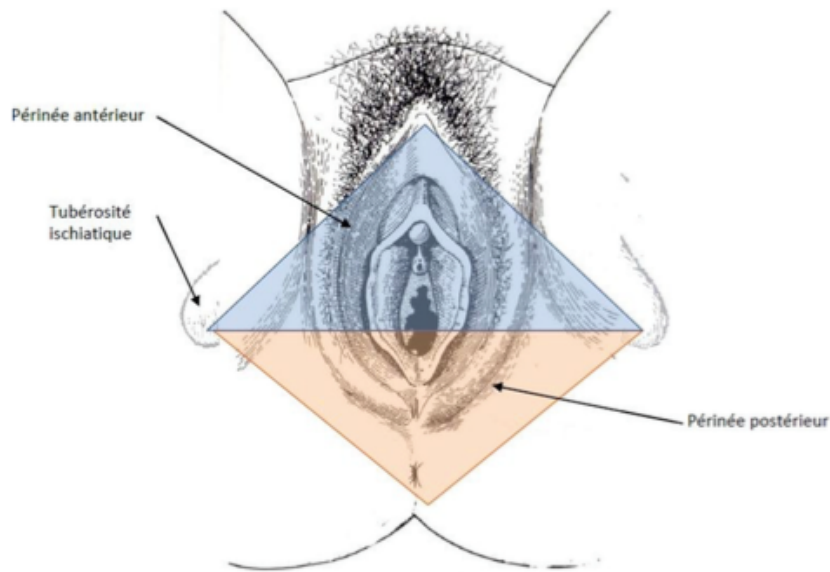


Figure 1 : Le périnée : femme en position gynécologique. Source : www.campus.cerimes.fr

Le périnée est constitué d'aponévroses et de muscles organisés en trois plans :

- un plan superficiel,
- un plan moyen,
- un plan profond ou diaphragme pelvien.

Le plan superficiel (Figure 2) du périnée contient majoritairement les muscles qui vont servir à l'érection du clitoris ou pour rétrécir l'orifice vaginal. Ce sont des muscles qui vont être principalement travaillés lors d'une dysfonction sexuelle. Il comprend quatre muscles et l'aponévrose périnéale superficielle dans sa partie antérieure et le sphincter externe de l'anus dans la partie postérieure (7).

Au niveau du périnée antérieur ou uro-génital, les muscles sont :

- le muscle ischio-caverneux,
- le muscle bulbo-spongieux,
- le muscle transverse superficiel,

- le muscle constricteur de la vulve.

Au niveau du périnée postérieur ou anal, on retrouve :

- le sphincter externe de l'anus

Au niveau du plan superficiel du périnée se situe également l'espace superficiel du périnée qui correspond à la loge des corps érectiles. Cet espace est traversé par le vagin et l'urètre et contient les organes érectiles, des glandes et des pédicules vasculo-nerveux (7).

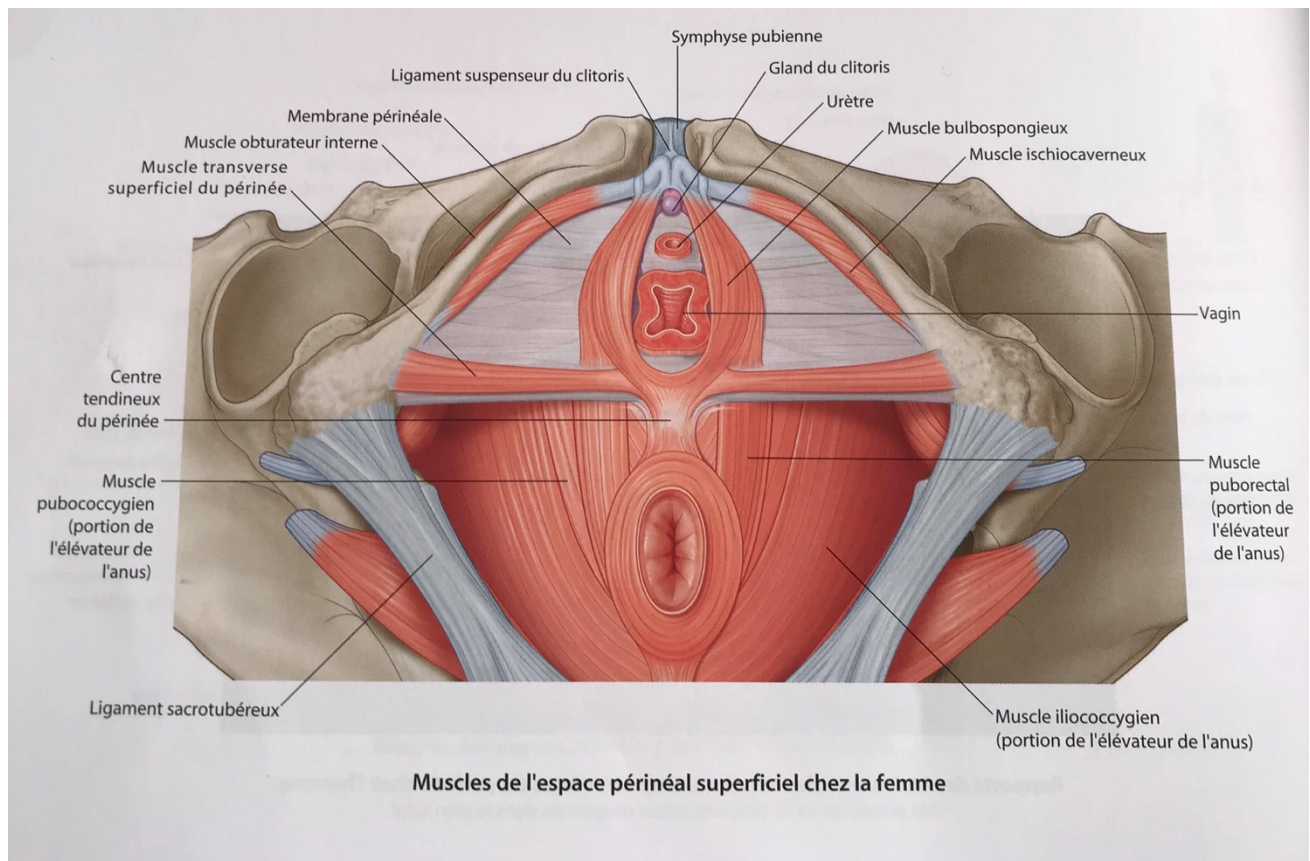


Figure 2 : Plan superficiel du périnée. Source : Gray's Atlas d'anatomie humaine (8)

Le plan moyen du périnée n'existe que dans la partie antérieure du périnée. Il contient des muscles qui vont servir principalement au soutien des viscères. En arrière, il n'y a pas de muscles mais une structure un peu particulière qui s'appelle les fosses ilio-rectales qui vont contenir de la graisse. Il est compris entre les feuillets ou fascias supérieur et inférieur de l'aponévrose moyenne.

Cet espace moyen est constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre qui forment le diaphragme uro-génital (7).

Le plan profond (Figure 3) est formé de deux muscles pairs qui délimitent la partie basse de l'excavation pelvienne :

- le muscle élévateur de l'anus ou releveur de l'anus (Figure 4 et 5) qui est constitué de trois faisceaux ; les faisceaux ilio-coccygien, le pubo-rectal et le pubo-viscéral constitué lui-même du pubo-vaginal, pubo-périnéal et pubo-anal

- le muscle coccygien (Figure 5).

Ensemble ils constituent le diaphragme pelvien qui sépare la cavité pelvienne du périnée. Ils ont un grand rôle dans la statique pelvienne et l'incontinence (7).

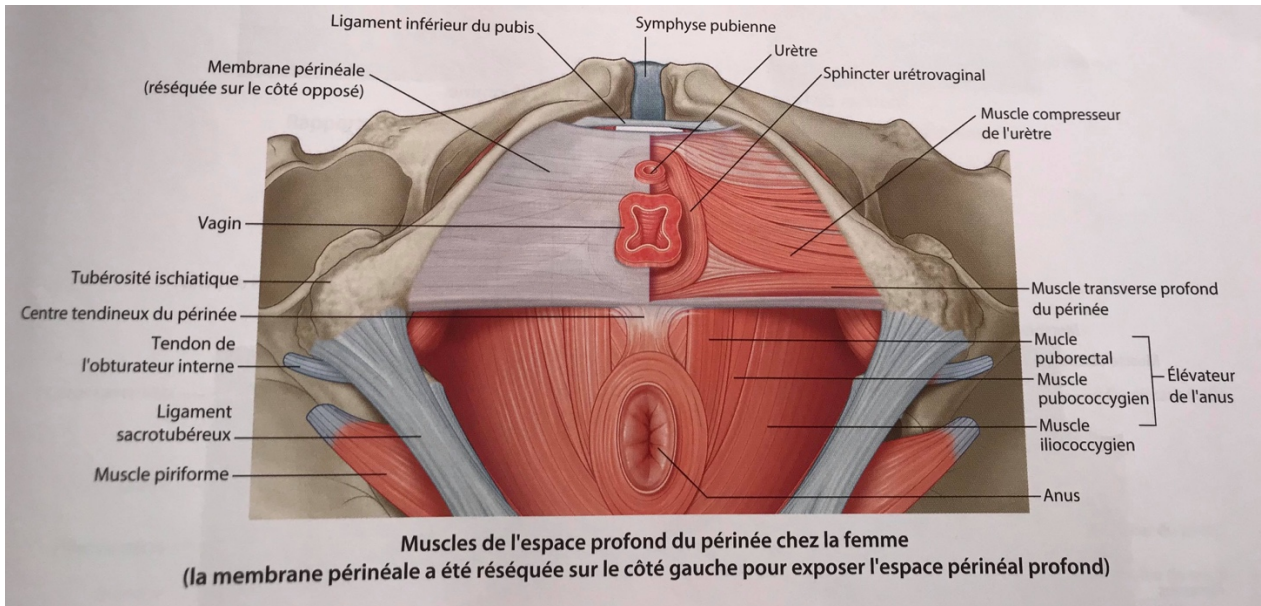


Figure 3 : Plan profond du périnée. Source : Gray's Atlas d'anatomie humaine (8)

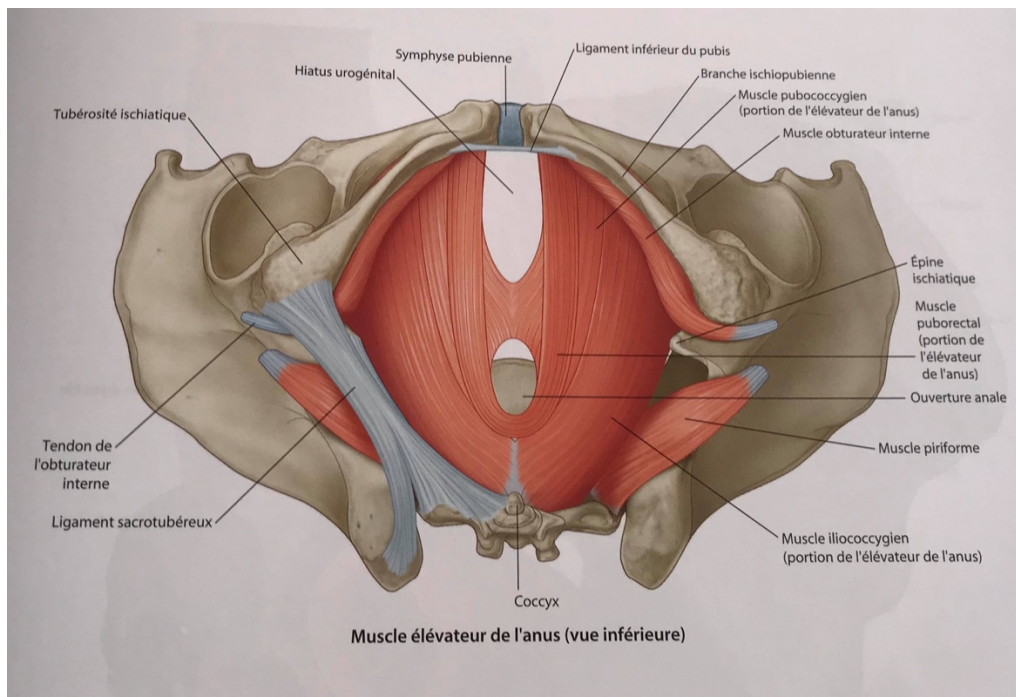


Figure 4 : Muscle élévateur de l'anus (vue inférieure). Source : Gray's Atlas d'anatomie humaine (8)

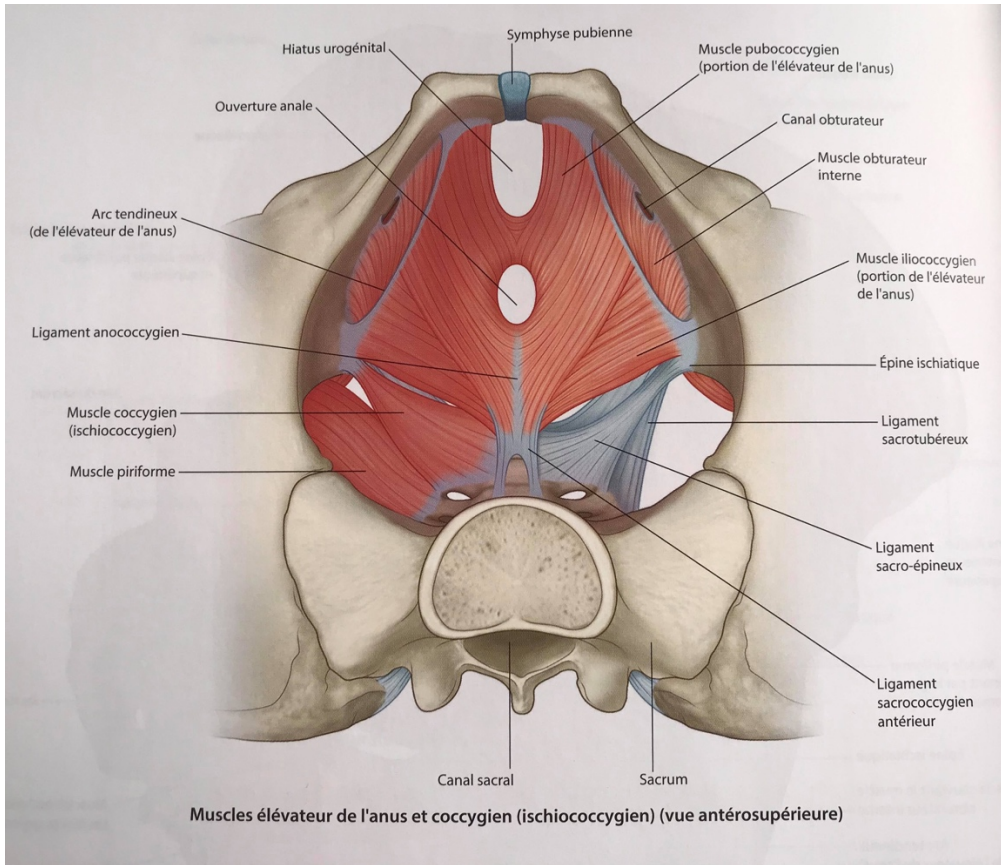


Figure 5 : Muscles élévateur de l'anus et coccygien (vue antérosupérieure). Source : Gray's Atlas d'anatomie humaine (8)

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des trois plans

Plan profond = diaphragme pelvien					Plan moyen			Plan superficiel				
Releveur de l'anus				Coccygien	Diaphragme uro-génital		Fosses ischio-rectales	Périnée uro-génital (ou antérieur)				Périnée anal (ou postérieur)
Ilio-coccygien	Pubo-viscéral				Pubo-rectal	Transverse profond		Sphincter externe de l'urètre	Ischio-caverneux	Bulbo-spongieux	Transverse superficiel	Constricteur de la vulve
		Pubo-vaginal	Pubo-périnéal	Pubo-anal								

Il est à noter que le noyau fibreux central du périnée situé entre le vagin et l'anus est la clé de voûte de cette structure musculo-aponévrotique mais aussi l'une des zones de faiblesse et n'est pas faite pour subir des efforts répétés car il y a un gros impact de la pression intra-abdominale.

La vascularisation du périnée est assurée essentiellement par l'artère pudendale. En général, c'est la branche de division antérieure de l'artère iliaque interne. Le périnée est innervé par le nerf pudental, issu des racines S2, S3 et S4.

1.2.1.2. Rôle du périnée

Le périnée permet les fonctions de miction, de défécation et de continence. Il est également impliqué dans la fonction sexuelle (en effet les muscles du périnée se contractent pendant l'orgasme) qui est directement lié à la fonction reproductive.

Il permet également une autre fonction un peu plus complexe, la fonction de soutien des organes, puisque le périnée se trouve, en position debout, « en-dessous » des viscères. Le périnée constitue donc un plancher musculaire qui assure le maintien des organes pelviens (utérus, vessie, rectum) (9).

Le périnée possède donc plusieurs rôles et c'est pour cela qu'il doit être préservé tout au long de la vie afin de conserver son efficacité dans le contrôle vésical, sphinctérien, urétral et anal.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire de prendre conscience de la fonction du périnée pour bien le maîtriser. Savoir le localiser est essentiel pour réaliser tous les exercices de tonification.

Par ailleurs, le périnée, qui participe au maintien des organes, supporte également le poids du corps et les pressions provenant de l'abdomen lors de certains efforts effectués avec souvent des postures et une respiration inappropriées. Les organes situés dans l'abdomen subissent des variations de pression lorsqu'ils se remplissent, qu'ils se vident, qu'ils se contractent. Le rôle du périnée est d'exercer une pression de résistance exercée vers le haut afin de maintenir un équilibre permanent et d'agir ainsi comme un verrou. Il participe donc à l'équilibre des pressions abdominales.

Les muscles du périnée fonctionnent en synergie avec les muscles profonds de l'abdomen (transverses profonds) qui sont impliqués dans la posture, le mouvement, et le support de la colonne vertébrale. C'est pourquoi une bonne posture ainsi qu'une bonne fonction respiratoire sont incontournables pour protéger le périnée (10).

1.2.1.3. Conséquences d'une faiblesse du périnée

Lors de la grossesse et de l'accouchement, le périnée va subir des distensions dues à la pression de l'utérus et au passage de l'enfant. De plus, l'imprégnation hormonale pendant la grossesse provoque un relâchement des ligaments et des muscles. Le passage de la tête distend le plancher pelvien et comporte un risque de lésion nerveuse type pudendale. La dénervation partielle du périnée pourrait toucher jusqu'à 80% des femmes en post-partum (6).

La diminution de la force du périnée est maximale entre 6 à 8 semaines de post-partum. Cette faiblesse peut alors induire une incontinence urinaire. L'existence d'une relation entre la grossesse et l'incontinence urinaire d'effort est clairement établie tant sur le court terme que sur le moyen ou le long terme (11).

En post-partum, elle est présente selon les auteurs dans 15 à 40 % des cas. Elle touche plus les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. En effet, il a été suggéré que l'incontinence urinaire pendant la grossesse est un facteur prédictif de développer une incontinence urinaire à la suite de l'accouchement (11, 12). Un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois. L'incontinence anale, quant à elle, est présente dans 1 à 5 % des cas (1).

Des douleurs au niveau du périnée peuvent être également présentes à 2 mois du post-partum (plus de 20% des cas) et après 12 mois (10 % des cas) (12).

Le terme d'incontinence urinaire désigne la plainte de fuites involontaires d'urine. Les principaux types sont l'incontinence urinaire d'effort (IUE), l'incontinence par urgenturie et l'incontinence mixte.

- **L'IUE** est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale (13).
- **L'incontinence urinaire par urgenturie** ou impériosité est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrépessible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée (13).
- **L'incontinence urinaire mixte** est l'association en proportion variable d'une IUE et d'une incontinence urinaire par urgenturie.

La physiopathologie de l'incontinence urinaire est multifactorielle faisant intervenir de façon plus ou moins conjuguée une hyperpression abdominale, une hypermobilité cervico-urétrale, une insuffisance sphinctérienne et des dysfonctionnements neuromusculaires (14).

La prévalence des symptômes d'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le premier et le troisième trimestre) puis diminue spontanément dans les trois premiers mois du post-partum. Cela est vrai pour l'IUE et pour l'incontinence urinaire par urgenturie.

Il existe des facteurs de risques **non modifiables** concernant l'incontinence urinaire du post-partum :

- Un âge maternel < 22 ans ou > 35 ans est un facteur de risque de voir apparaître une incontinence urinaire en cours de grossesse et dans les trois mois du post-partum (Niveau de preuve 1 (NP1)),
- Une grande multiparité est un facteur de risque de développer une incontinence urinaire à l'effort en cours de grossesse et dans le post-partum (NP2),
- L'existence d'une incontinence urinaire avant une grossesse ou la survenue d'une incontinence urinaire en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance (NP1),
- Une petite partie des femmes accouchant par césarienne sont sujettes à des troubles urinaires ainsi qu'à des altérations de leur périnée (de l'ordre de 3 à 4%) (12).

En revanche, il existe des facteurs de risques **modifiables** :

- Le surpoids serait un facteur de risque d'apparition d'une incontinence urinaire en cours de grossesse et dans le post partum (NP1) (13,16)
- Une activité physique importante avant la grossesse est associée à un risque accru de développer une incontinence urinaire en cours de grossesse et dans le post-partum (NP2).

1.2.1.4. Bilan pour la rééducation périnéale du post-partum

Comme dans toute prise en charge, pour pouvoir traiter avec justesse, il est indispensable de dresser un bilan complet de la patiente. Celui-ci comprend tout d'abord un interrogatoire détaillé de la patiente, tant au niveau de son historique global que de son vécu périnéal. Il est un temps essentiel pour établir un contact

privilegié entre le thérapeute et la patiente, et instaure un climat de confiance, la notion d'alliance thérapeutique prend ici tout son sens. Elle est constituée de deux grandes composantes : une composante générale qui se réfère au sentiment, pour la patiente, d'être écoutée, prise en considération, soutenue, encouragée, aidée par son thérapeute et, pour le thérapeute, au sentiment de pouvoir comprendre, pouvoir aider sa patiente au mieux et une composante spécifique à chaque pathologie ou à chaque projet thérapeutique, elle recouvre la notion de consensus à l'égard des objectifs à atteindre et des moyens à utiliser pour y parvenir (16).

Les sujets traitant de cette intimité sont, pour beaucoup d'entre nous, encore tabous. La relation patiente/thérapeute est primordiale pour que la femme puisse se livrer.

Le second temps du bilan est l'examen clinique. Il associe principalement une évaluation manuelle du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis. Il comprend également l'évaluation de la douleur et de la sensibilité dans chacun de ces territoires. La femme quantifie le retentissement fonctionnel de la douleur dans la vie quotidienne mais aussi sexuelle (1).

Le rééducateur utilise des outils de bilan afin de choisir ses techniques, de suivre l'évolution des symptômes, ou de mesurer l'efficacité de la rééducation (17).

L'interrogatoire :

Lors de l'interrogatoire, trois éléments apportent au thérapeute des informations essentielles pour définir sa stratégie thérapeutique :

- Les mécanismes de l'incontinence (effort, impériosité, mixte) ;
- L'existence de facteurs associés pouvant modifier la conduite de la rééducation ou générer un contact avec le médecin prescripteur (pacemaker, etc.) ;
- L'environnement, les habitudes de vie (sports, activités sociales), le handicap moteur (locomotion), les désirs et motivations de la patiente (besoin de soins). Ces notions amènent une prise en charge globale de la patiente.

L'examen clinique :

Il comporte plusieurs phases permettant :

- D'orienter les décisions dans le choix des techniques de rééducation ;
- De suivre l'évolution des symptômes lors du traitement ;
- D'évaluer les résultats de la rééducation.

Les points retenus sont les suivants :

- L'examen locorégional (trophicité, cicatrice, pertes vaginales) ;
- L'examen neurologique. Il a pour objectif d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale (hypoesthésie périnéale). Il peut permettre de suspecter une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien ;
- L'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale, utilisée couramment sous le nom de testing. Le testing des muscles releveurs de l'anus n'explore que les releveurs et non le sphincter. Il consiste par l'intermédiaire de deux doigts vaginaux mis en crochet au contact des deux releveurs de l'anus à la face postérieure du vagin à évaluer la tonicité du muscle (18). L'évaluation de la force est subjective et la reproductibilité n'a pas été évaluée. Cependant, cette mesure est effectuée par une grande partie des professionnels et il est admis qu'elle donne une bonne notion de la qualité de la contraction et de

la capacité des patientes à mettre en action ce système musculaire, avec ou sans contractions parasites. Quel que soit le choix des praticiens, il est essentiel que soit utilisé toujours le même protocole d'évaluation de la force du plancher pelvien pour une même patiente avant, pendant et en fin de rééducation. Il permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, de détecter une éventuelle inversion de commande. Il aide aux choix des techniques de rééducation et sert d'indicateur de surveillance des qualités contractiles du muscle (force, endurance). Il ne mesure pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence mais l'amélioration de la force musculaire (1).

Cotation du testing des muscles releveurs de l'anus chez la femme d'après Minaire, 1994 " Testing du périnée de la femme "			
Cotation	Qualité	Maintien en nombre de secondes	Nombre de contractions sans fatigabilité
0	Rien	0 seconde	0
1	Traces	1 seconde	1
2	Contraction bien perçue, mais sans résistance	Moins de 5 secondes	2
3	Contraction bien perçue, mais sans résistance	5 secondes	3
4	Contraction avec légère résistance	5 secondes	5
5	Contraction avec forte résistance	5 secondes	Plus de 5

Figure 6 : Cotation du testing des muscles releveurs de l'anus chez la femme d'après Minaire, 1994

L'incontinence urinaire peut être mesurée grâce à plusieurs outils :

- Échelle MHU. La mesure quantitative des symptômes urinaires peut être mise en place à l'aide d'un score clinique des symptômes (annexe 1).
- L'index de fuites (5 grades) et l'index d'activité sociale (10 grades). Ces deux index mesurent à l'aide d'une échelle visuelle analogique graduée ou non la quantité de fuite et la gêne sociale due aux symptômes. Ces index sont faciles d'utilisation mais apportent peu d'informations objectives.
- Calendrier mictionnel. Il permet de connaître les habitudes mictionnelles des patientes.

Il est également important de mesurer la qualité de vie grâce à de nombreux questionnaires. L'utilisation de l'échelle CONTILIFE® est proposée, car cette échelle est validée, son utilisation est simple et concerne tous les types d'incontinence (annexe 2).

Synthèse des outils de bilan en rééducation :

En conclusion, les éléments essentiels permettant de guider le rééducateur tout au long de la rééducation sont présentés ci-dessous.

Tableau II : Synthèse des outils de bilan en rééducation. Source : ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum : Recommandations. 2002.

Indicateurs du choix des techniques	Indicateurs de surveillance	Indicateurs de résultats
<ul style="list-style-type: none"> - Inspection locorégionale (trophicité, cicatrice, pertes vaginales). - Examen neurologique (hypoesthésie vaginale). - <i>Testing</i> des releveurs de l'anus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calendrier mictionnel. - <i>Testing</i> des releveurs de l'anus. - Fuites urinaires : nombre de protections et types de protections utilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fuites urinaires</u> : échelle MHU, nombre de protections et types de protections utilisées. (éventuellement : index de fuites) - <u>Qualité de vie</u> : CONTILIFE®. (éventuellement : index d'activité sociale). - <u>Force musculaire</u> : <i>testing</i> des releveurs de l'anus.

1.2.1.5. Les principales techniques de rééducation

Le praticien qui souhaite commencer une activité en rééducation périnéale se voit confronté au choix entre les différentes techniques et/ou méthodes existantes.

L'objectif est de vous présenter ces différentes techniques.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a établi des recommandations à partir des études réalisées dans ce domaine. Les méthodes plus classiques ayant fait l'objet de ces évaluations vous seront présentées.

Sur cette base, les professionnels ont progressivement analysé et enrichi leurs pratiques, et créé d'autres méthodes qui vous seront également présentées.

Le domaine de la rééducation périnéale étant en constante évolution, cette liste ne peut être qu'exhaustive.

Parallèlement, sachant qu'une rééducation pelvi-périnéale concerne plus que le périnée, qu'elle doit prendre en compte le bassin, la musculature abdominale et dorsale et la statique pelvienne de la patiente, le praticien doit disposer d'autres outils afin de réaliser une rééducation efficace.

La première phase de la prise en charge fait une large place à l'information et l'éducation de la patiente. Elle consiste à aviser au plus tôt les femmes, soit en dernière partie de grossesse, soit immédiatement après l'accouchement (19). La première entrevue doit reposer sur l'explication du schéma thérapeutique pour parvenir à l'adhésion de la patiente aux méthodes.

C'est en général la sage-femme qui tiendra ce rôle puisqu'elle sera présente auprès de la patiente à la maternité ou la consultation du retour de couches.

Le thérapeute a pour mission de présenter l'anatomie des régions concernées à l'aide de schémas simples, d'expliquer les causes des troubles, de décrire les différentes techniques qu'il va utiliser lors de la prise en charge et « d'obtenir le consentement éclairé de la patiente » (1). Il faut également que la femme ait la volonté de s'investir dans sa rééducation car le travail personnel en dehors des séances est capital (20).

La rééducation se pratique sur plusieurs séances. Ces dernières sont prescrites deux à trois fois par semaine et durent environ trente minutes. La première séance est un moment d'échange et de dialogue avec le praticien. C'est lors des séances suivantes que les exercices de rééducation proprement dits débutent.

- **La méthode manuelle**

Non visible, le périnée peut être une région difficile à aborder pour certaines femmes. L'accès à sa musculature et l'évaluation de sa force se fait par voie vaginale ou rectale. La prise en charge débute par une prise de conscience de l'enceinte pelvienne.

Toute rééducation bien conduite, doit commencer par des techniques d'appréciation et de qualification manuelles ; le thérapeute justifie les techniques invasives à la patiente. La composante « verbale » de cette phase est fondamentale. Elle va permettre à la femme de conceptualiser ce qu'il se passe à l'intérieur de son corps lors d'une contraction périnéale. Le langage est simple et adapté selon le profil de la patiente. Par exemple, à l'aide de représentations mentales, nous demandons de venir serrer les doigts de l'examineur, comme des portes d'ascenseur qui se referment (21). L'image de l'interruption du jet d'urine contribue également à l'identification des muscles, et ainsi à la prise de conscience de la contraction périnéale, en revanche, elle n'est en aucun cas une méthode de rééducation (20).

Par complémentarité, il est nécessaire d'apprendre le relâchement musculaire pour permettre de vrais temps de repos. Le noyau fibreux central du périnée peut être également utilisé : par une autopalpation, la patiente ressent l'élévation de ce noyau due à la contraction de la musculature périnéale, ceci facilite la prise de conscience.

Ensuite, la perception du périnée est affinée, c'est-à-dire que la patiente ne doit pas avoir de contraction parasite ou compensatoire telle que la contraction des adducteurs, des fessiers ou des abdominaux (le plus fréquemment). Le thérapeute surveille aussi l'inversion de commande : action de pousser au lieu de serrer. Différentes techniques sont alors utilisées. L'une consiste à mettre en tension le muscle élévateur de l'anus en le déprimant vers le bas et l'arrière, dans une position d'étirement maximal ; la contraction volontaire est obtenue grâce à l'étirement des structures. La technique du stretch-reflex, étirement bref et intense de la musculature engendre une contraction réflexe du plancher pelvien (utilisation du réflexe myotatique) que la patiente doit poursuivre (21).

Une fois cet éveil musculaire effectué, comme tout autre muscle strié, le périnée bénéficie de différents protocoles de renforcement. Le thérapeute applique, lors de la contraction et au fur et à mesure de la progression, une légère résistance manuelle qui s'accroît parallèlement au potentiel de la patiente (20).

- **L'électrostimulation**

Lorsque la contraction périnéale est peu perceptible voire absente, l'électrostimulation (par le biais de sonde intra-vaginale ou d'électrodes) aide à la perception de cette contraction (21). La patiente prend ainsi conscience de la localisation des muscles.

L'Electrostimulation Fonctionnelle (ESF) consiste à stimuler les fibres nerveuses périphériques au moyen d'impulsions électriques brèves transmises par des électrodes placées le plus proche des afférents du nerf pudental pour provoquer une contraction musculaire de la sangle périnéale. Dans ce cas de figure, la femme n'aura pas d'effort à fournir. L'électrostimulation permettra à la femme de ressentir la contraction et de localiser la zone à contracter. (22)

L'utilisation de cette technique est possible et souvent couplée au biofeedback. Mais, il existe une contre-indication lors du post-partum, après un accouchement par voie basse, lorsqu'il y a des neuropathies

d'étirement (absence de sensibilité ou de tonus d'un ou des muscles périnéaux). En effet, les impulsions électriques employées dans cette technique, réduisent les capacités des tissus à cicatriser correctement. Notamment, elles empêchent le processus de réinnervation des tissus lésés lors de leur distension au cours d'un accouchement voie basse (21). Il faudra alors être très précautionneux quant à l'utilisation de cette technique.

- **Le biofeedback**

Une fois que la contraction est suffisante, le biofeedback peut être utilisé. Cette technique est basée sur un rétrocontrôle visuel. La patiente effectue des contractions vaginales sur une sonde endocavitaire munie de capteurs de pression. Elle doit suivre sur un écran des stimulus visuels, mimant une contraction plus ou moins longue ou d'intensité variable. Ces exercices sont censés améliorer la prise de conscience (proprioception) vis-à-vis de ces muscles pelvi-périnéaux, améliorer la qualité de la relaxation ainsi que le maintien de la contraction (endurance). La femme pourra ainsi visualiser l'intensité de sa contraction (14).

Les inconvénients de cette technique sont la possibilité de contractions parasites (muscles fessiers, abdominaux) et l'utilisation d'une contraction globale de tous les muscles périnéaux sans distinction des différents muscles, dont la contraction isolée est possible (21).

Il est important de rappeler que cette rééducation ne s'intéresse qu'aux muscles et au renforcement musculaire. Il n'y a pas de prise en compte de la globalité, des particularités morphologiques et psychologiques de chacune, des facteurs de risques.

- **La gymnastique abdominale hypopressive (GAH)**

La GAH est un ensemble agencé d'exercices posturaux rythmés qui permet l'intégration et la mémorisation des messages proprioceptifs sensitifs et sensoriels associés à une mise en situation posturale particulière. Les exercices, les postures à visée hypopressive ont pour objectifs :

- la tonification du plancher pelvien,
- la tonification de la sangle abdominale et plus globalement, la normalisation des tensions des muscles antigravitaires.

L'exercice hypopressif consiste à générer une pression intra-abdominale et intra-thoracique négative :

- par le maintien d'une posture antégravitaire pendant 25 secondes (diminution de la tension posturale du diaphragme thoracique),
- associée à la mise en œuvre d'une apnée expiratoire en ouvrant le thorax (contraction du Grand Dentelé) d'environ 10 secondes (stimulation des récepteurs barosensibles du thorax et stimulation neurovégétative sympathique),
- accompagnée d'une abduction des omoplates (pousser les coudes vers l'extérieur dans la direction prolongée des bras).

On aura une augmentation du tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien et une prévention des ptoses d'organes, une normalisation de la posture globale et une amélioration des paramètres vasculaires au niveau du bassin et des membres inférieurs (22).

- **La technique CMP (connaissance et maîtrise du périnée)**

C'est une méthode manuelle d'éducation périnéale qui utilise la visualisation comme outils. Cette technique grâce à des images « parlantes » (pont levis, vague, fleur) permet de faire travailler par des contractions volontaires, les différentes parties du périnée. Cette méthode induit une implication importante de la part de la patiente avec des exercices réguliers à domicile (22). Elle est particulièrement pratiquée par des sages-femmes bien que certains kinésithérapeutes commencent à s'y former.

- **L'eutonie**

Grâce à différentes postures (debout en équilibre sur un rondin) et à la mise en situation de scènes quotidiennes (port de charge lourde, éternuement ...), le thérapeute aide la femme à prendre conscience des muscles périnéaux qui travaillent lors de ces exercices. Et donc, d'apprendre à y faire attention tous les jours. Cette méthode permet à la fois une prise de conscience autonome et une responsabilisation de la patiente (22).

Qu'importe la technique, sans une approche globale, posturale, respiratoire et psychologique parfois, les résultats peuvent être décevants. C'est pourquoi le travail proprioceptif doit faire partie intégrante de cette rééducation pour apprendre aux patientes à utiliser le verrouillage périnéal dans les activités de la vie quotidienne et d'intégrer de façon réflexe cette activité musculaire pour éviter les fuites (18).

Outre les techniques employées, la position des exercices est également importante et conditionnera les résultats obtenus. Le plus souvent, la rééducation est faite en position demi-assise, jambes fléchies. Or dans cette position, le diaphragme ne peut pas bouger et c'est la position où le périnée est le moins mobile. Il est donc important de varier les positions, notamment en position debout et en dynamique pour travailler contre la pesanteur et mettre la patiente en situation de la vie quotidienne car c'est souvent pendant les activités dynamiques que la patiente aura d'éventuelles fuites (19,24)

1.2.1.6. Les différentes formations continues

En général, les formations des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes sont différentes. Vont être présentées, les principales formations continues possibles en pelvi-périnéologie mais cette liste est non exhaustive.

- **L'IPPP**

L'institut de Pelvi-Périnéologie de Paris est un institut proposant des formations continues en pelvi-périnéologie mais également sur d'autres thèmes (drainage, oncologie, massages, bien-être, etc.). Deux niveaux sont possibles en pelvi-périnéologie féminine, les fondamentaux et le perfectionnement. Il existe également des formations spéciales pré et post-partum et bien d'autres. Ces formations s'adressent particulièrement aux kinésithérapeutes.

- **L'EIRPP**

L'Ecole Internationale de Rééducation du Plancher Pelvien est un institut qui propose des formations en rééducation pelvienne axées sur la pratique. Les domaines abordés sont exclusivement réservés à la sphère pelvienne. Cet institut est adressé principalement aux masseurs-kinésithérapeutes. Il y a également deux

niveaux de formation concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne ainsi qu'une formation spécialisée dans le post-partum.

- **Le Diplôme interuniversitaire (DIU) ou Diplôme Universitaire (DU) en pelvi-périnéologie**

Les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les sages-femmes peuvent suivre ce cursus.

- **L'institut De Gasquet**

Accessible aux masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'aux sages-femmes. Cet institut propose différentes formations sur la pelvi-périnéologie, le yoga, les abdominaux, etc.

- **ADCO**

ADCO est un organisme de formation continue à l'attention des sages-femmes et des personnels de maternité. Il propose notamment des formations sur la rééducation périnéale du post-partum avec différentes méthodes notamment l'eutonnie ou la méthode CMP.

- **Medicformation**

Est également un institut de formation réservé aux sages-femmes qui propose des formations sur la rééducation périnéale.

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Lors de la grossesse et de l'accouchement il est fortement sollicité, au point d'entraîner des troubles fonctionnels tels qu'une perte de force musculaire des muscles périnéaux pouvant entraîner une incontinence urinaire voire anale. C'est pour cela que des séances de rééducation périnéale peuvent être prescrites afin de pallier à ces possibles déficits. La rééducation périnéale se définit comme un ensemble d'exercices permettant le renforcement musculaire du périnée. Elle va permettre un travail sur la musculature de la région périnéale indispensable au maintien de la vessie, de l'utérus et du rectum. Le thérapeute aura un large choix en matière de techniques et méthodes de rééducation parmi lesquelles figurent la méthode manuelle, l'électrostimulation, le biofeedback, la méthode CMP (connaissance et maîtrise du périnée), la gymnastique abdominale hypopressive, l'eutonnie et bien d'autres encore.

1.2.2. Les recommandations de bonnes pratiques

A ce jour, il n'existe pas de consensus sur la rééducation périnéale du post-partum. Cependant, des recommandations ont été établies en 2002 par l'ANAES spécialement pour la période du post-partum. D'autres recommandations ont été faites par Leriche et Conquy en 2010 (18), par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2010 (23) ainsi qu'en 2015 par Deffieux et al (3).

Ces recommandations concernent les suites de tous les types d'accouchements (voie basse avec ou sans intervention, et césarienne). Le niveau de preuve des études retrouvées dans la littérature est faible. La plupart des recommandations qui suivent sont basées sur un accord professionnel.

Elles précisent que chez les femmes ayant une incontinence urinaire persistante à 3 mois du post-partum, la rééducation périnéale est le traitement de première intention. Elle se fait par des exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien (grade A) (13,25)

Comme nous l'avons dit précédemment, la rééducation du post-partum doit être abordée de manière globale à la suite d'un bilan adapté et de la définition d'objectifs spécifiques à la patiente. La nomenclature professionnelle a séparé artificiellement la rééducation périnéale de la rééducation abdominale, ce qui a entraîné des pratiques spécialisées dans l'un ou l'autre domaine.

Il est nécessaire d'adapter les techniques aux déficiences ou incapacités repérées au cours du bilan initial et de la consultation post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement et de respecter la synergie physiologique entre périnée et abdominaux (le périnée doit être en mesure de se contracter préalablement à la contraction abdominale). L'ANAES recommande donc de commencer la rééducation périnéo-sphinctérienne après la consultation post-natale, c'est-à-dire 6 à 8 semaines après l'accouchement et un examen clinique complet (12).

Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou de l'incontinence sont les exercices du plancher pelvien et le biofeedback instrumental. En cas de lésion nerveuse récente, ce dont les accouchements sont fréquemment pourvoyeurs, il paraît prudent d'utiliser avec précaution l'électrostimulation dans la rééducation post-partum ; l'application d'un courant d'électrostimulation même spécifique peut provoquer un retard de régénération nerveuse (1).

Des exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien sont à réaliser par la patiente elle-même (grade A). Une supervision est recommandée (grade C) avec au minimum 3 séances avec un thérapeute (masseur-kinésithérapeute ou sage-femme), associées à des exercices réalisés au domicile (grade A) (3). En effet, la présence du thérapeute pendant la séance est conseillée pour guider la patiente et s'assurer que les exercices soient faits correctement.

Une électrostimulation et un biofeedback peuvent être associés aux exercices de contraction volontaires, mais ils ne sont pas recommandés isolément (accord professionnel). L'efficacité de cette rééducation est évaluée par la disparition de l'incontinence urinaire.

En revanche, il n'existe pas de preuve que la rééducation périnéale diminue la prévalence des douleurs périnéales et des dyspareuries du post-partum (1).

Par ailleurs, il est admis que, pour l'incontinence urinaire du post-partum, la rééducation périnéale guidée par un thérapeute est plus efficace à court terme (1 an) que de simples conseils, mais à long terme (6-12 ans), les résultats ne sont pas différents (11,12,24,25).

L'ANAES stipule que la prescription de séances de rééducation du post-partum ne doit pas être considérée comme systématique. Elle découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique effectué au cours de la consultation post-natale (1). En effet, il n'existe pas de preuve d'un éventuel rôle préventif de la rééducation du post-partum chez des femmes asymptomatiques pour diminuer le risque de voir apparaître chez elles des symptômes d'incontinence urinaire à moyen ou long terme. La rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques (continentes) dans le but de prévenir une incontinence urinaire à moyen ou long terme n'est donc pas recommandée (accord professionnel) (3,11,12,26).

La rééducation est donc indiquée en cas de symptômes urinaires significatifs en période prénatale ou postnatale, mais pas d'indication pour la prévention de l'incontinence urinaire (25).

La rééducation abdominale en complément de la rééducation périnéale n'est pas recommandée comme technique de rééducation du post-partum pour traiter ou prévenir une incontinence urinaire (grade B).

En cas de surpoids, la perte de poids améliore l'incontinence urinaire (Niveau de preuve 1). Il est recommandé de peser toute patiente consultant pour incontinence urinaire et de proposer, en cas de surpoids, une prise en charge associant des mesures diététiques et de l'exercice physique (23).

Les résultats de la rééducation du post-partum sont encourageants, mais il semble actuellement difficile de proposer un protocole précis, étant donné la diversité de ceux décrits dans les différentes études. L'association de techniques différentes semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée (1).

Aucun consensus n'a été établi en ce qui concerne la rééducation périnéale du post-partum. Cependant, quelques recommandations sont à retenir. La rééducation périnéale devrait commencer normalement 6 à 8 semaines après l'accouchement, l'association de plusieurs techniques de rééducation (biofeedback, méthode manuelle, exercices du plancher pelvien) semble avoir une meilleure efficacité comparée à l'utilisation d'une seule technique, la présence du thérapeute pendant la séance est recommandée également. Cette rééducation ne doit pas être systématique après un accouchement et elle ne prévient pas l'incontinence urinaire chez les femmes asymptomatiques.

1.2.3. Les interrogations et besoins de recherche

Selon l'ANAES, les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort (grade C). Ce qui veut dire que le niveau de preuve scientifique est faible (annexe 3).

Or, cette gradation des recommandations fondée sur le niveau de preuve scientifique de la littérature venant à l'appui de ces recommandations ne présume pas obligatoirement du degré de force de ces recommandations. En effet, il peut exister des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts néanmoins fortes malgré l'absence d'un appui scientifique (27).

Selon les recommandations de 2015, l'évaluation de la force des muscles du plancher pelvien par le testing n'est pas recommandée en post-partum car son utilité n'est pas démontrée (grade C) (3). En revanche, son utilité figure dans les recommandations de l'ANAES de 2002. L'utilisation est donc controversée. Cela peut être expliqué par le fait qu'un grand nombre de thérapeutes estiment que la rééducation est terminée dès lors que le pubo-rectal est suffisamment fort et répond par une bonne contraction. Or, les fuites urinaires sont toujours présentes et la femme devra « vivre avec » (28).

Pour ces raisons, l'utilisation du testing des releveurs de l'anus ne figurera pas dans les critères à respecter pour une prise en charge optimale. Il sera toutefois demandé au praticien s'il l'utilise.

L'évolution spontanée de l'incontinence urinaire montre qu'elle persiste en post-partum chez 29% des femmes qui avaient ce problème pendant la grossesse, et qu'elle apparaît chez 16% des femmes sans problème pendant la grossesse. Depuis une quinzaine d'années, les techniques de rééducation se sont développées et ont gagné en acceptabilité : elles permettent de guérir l'incontinence urinaire d'effort dans 30 à 50% des cas ou de la diminuer dans 60 à 90% des cas (29). Ce qui veut dire que la rééducation périnéale ne fonctionne pas systématiquement.

Des questions se posent également sur le délai de prise en charge périnéo-sphinctérienne. En effet, les recommandations précisent qu'elle doit commencer 6 à 8 semaines après l'accouchement. Or pour certains auteurs, notamment le Dr Bernadette de Gasquet, médecin spécialisé dans la rééducation périnéale, la rééducation périnéale est trop tardive et de ce fait ne peut être préventive (28). Certains thérapeutes la

pratiqueront donc avant les 6 à 8 semaines de post-partum. Cela dépendra des symptômes de la patiente et des conclusions du bilan.

Des recherches sont à approfondir quant à la meilleure période pour effectuer cette rééducation.

Il existe également des contradictions sur les modalités d'accouchement qui seraient pour certains auteurs responsables de troubles urinaires en post-partum et pour d'autres, n'auraient pas d'impact.

En effet, selon le CNGOF, les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée du travail, durée de la seconde phase, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme (12,23).

En revanche, selon plusieurs études, un certain nombre de facteurs ont pu être identifiés comme responsables des dysfonctionnements du périnée, tels que le poids de l'enfant supérieur à 4 kilos, un périmètre crânien dépassant 35,5 centimètres, le recours aux forceps, plus de trois accouchements par voie vaginale, des déchirures périnéales (15,18,30).

Certains facteurs ne sont pas modifiables tels que le poids de l'enfant ou le périmètre crânien. En revanche, le recours aux forceps ou la position de l'accouchement peuvent être évités. Il serait donc nécessaire que des études soient approfondies afin d'évaluer le réel risque de ces facteurs pour ainsi les éviter.

Selon l'ANAES, le niveau de preuve concernant l'utilisation des exercices du plancher pelvien pour améliorer la force musculaire du périnée et diminuer l'incontinence urinaire est faible. Plusieurs contradictions sont retrouvées notamment la date de commencement des séances de rééducation périnéale, l'utilisation du testing ou encore les modalités d'accouchement.

1.3.Problématique

De ce que nous avons pu observer, il n'existe pas réellement de consensus établi par l'ANAES concernant la rééducation périnéale du post-partum mais trois critères semblent importants à respecter ; l'association de plusieurs techniques, le commencement des séances après 6 à 8 semaines de post-partum, ainsi que la présence du thérapeute pendant la séance.

Outre ces recommandations, le thérapeute reste assez libre dans sa pratique et un large choix de techniques s'offre à lui.

Il me semble donc important de connaître les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes en France sur ce sujet et de voir si elles sont plutôt uniformes ou disparates.

Cette rééducation peut être également effectuée chez une sage-femme, il est donc intéressant de connaître leurs pratiques et ainsi d'observer les différences entre les deux exercices professionnels.

L'objectif de mon mémoire est de dresser un état des lieux de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes en rééducation périnéale du post-partum et d'évaluer le taux de prise en charge optimale à l'aide des 3 critères cités plus haut.

Une question se pose alors,

« Quelles sont les différences de pratiques en rééducation périnéale du post-partum entre les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ? De plus, leurs pratiques sont-elles conformes aux recommandations retrouvées dans la littérature ? »

2. MATERIEL ET METHODE

2.1.Méthode selon les critères PICOTS

2.1.1. Population d'étude : les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux

L'étude porte sur les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les sages-femmes libéraux car la rééducation périnéale du post-partum peut être effectuée chez les deux professionnels, la patiente ayant le choix de son thérapeute.

Pour répondre à la problématique, un questionnaire a été envoyé aux kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux pratiquant la rééducation périnéale du post-partum pour connaître leurs pratiques, leurs méthodes et leur niveau de formation (Annexe 4).

Ont été inclus à l'étude, les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes diplômés d'Etat travaillant en libéral, pratiquant la rééducation périnéale du post-partum, ayant répondu jusqu'à la fin du questionnaire.

Ont été exclus les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes ne pratiquant pas la rééducation périnéale du post-partum ou n'ayant pas répondu jusqu'à la fin du questionnaire.

Ont été non inclus, les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes ne travaillant pas en milieu libéral, les autres professionnels de santé et les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes n'ayant pas accès à internet et aux réseaux sociaux (groupes privés Facebook).

2.1.2. Intervention : Mise en place d'un questionnaire

Mon questionnaire s'adresse aux kinésithérapeutes ainsi qu'aux sages-femmes libéraux pratiquant la rééducation périnéale du post-partum. Il a été élaboré à partir des recherches faites dans la première partie du mémoire (cf Introduction). Le questionnaire présente des questions fermées ainsi que des questions ouvertes.

Il a été réalisé à l'aide de *Google forms* dans la rubrique « créer un formulaire » (Annexe 4). Avant d'être mis en ligne, mon questionnaire a été testé par trois kinésithérapeutes ainsi que deux sages-femmes pour déterminer si les questions étaient pertinentes et adaptées. Le questionnaire a ensuite été posté sur plusieurs groupes privés Facebook à destination des kinésithérapeutes et/ou sages-femmes spécialisés dans le domaine de la pelvi-périnéologie (« périnée et rééducation ») ainsi que sur des groupes privés destinés aux sages-femmes (« portail sage-femme », « sages-femmes en lutte », « formations de sages-femmes »). Il a également été publié sur le portail de la SIREPP (Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie).

2.1.3. Comparateur

Les réponses des kinésithérapeutes et des sages-femmes ont été comparées aux recommandations de l'ANAES ainsi qu'aux données de la littérature.

Les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes sont également comparées entre elles pour répondre à la problématique.

2.1.4. Outcome : critère de jugement

Le critère de jugement de mon étude est le respect des recommandations retrouvées dans la littérature :

- Association des techniques entre elles
- Présence du thérapeute pendant la séance
- Début des séances après 6 à 8 semaines de post-partum

2.1.5. Time : temps

Le questionnaire a été mis en ligne à partir du 11 Janvier 2019 sur les différents groupes. Les réponses ont été acceptées jusqu'au 22 Février 2019.

2.1.6. Study : schéma d'étude

Contexte réglementaire de la recherche :

Cette étude est basée sur une enquête de pratique, elle ne relève donc pas de la loi Jardé au sens de l'article R1121-1 II du code de la Santé Publique. Les données ont été collectées de manière anonyme avec l'accord des participants qui ont bénéficié d'une information préalable sur la nature des données collectées, l'objectif de l'étude et l'utilisation de ces données. De plus, aucune donnée à caractère personnel n'a été gardée.

Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête observationnelle réalisée par questionnaire administré auprès des masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux pratiquant la rééducation périnéale du post-partum.

2.2. Matériel

2.2.1. Outils : questionnaire

Description du questionnaire (Annexe 4) :

Le questionnaire commence par une introduction permettant aux participants de comprendre le sujet et l'objectif de l'étude. Elle précise que les données sont recueillies de manière totalement anonyme. En répondant au questionnaire, le participant accepte donc que ses réponses soient analysées.

Le questionnaire est composé de 23 questions réparties en 9 sections dont 19 questions fermées et 4 questions ouvertes. Les réponses fermées sont à réponse unique ou multiple. La case « autres » est souvent présente afin que le participant puisse compléter sa réponse si besoin. Toutes les questions sont obligatoires pour passer à la question suivante. Des questions sont posées selon la réponse à la question précédente.

La première section comporte une seule question. Il est demandé au participant s'il pratique la rééducation périnéale du post-partum. S'il répond non, le questionnaire est automatiquement terminé et envoyé. S'il répond oui, le questionnaire continu.

La deuxième section comporte les généralités sur les kinésithérapeutes ainsi que les sages-femmes :

- Le sexe ;
- Le métier ;
- L'année d'obtention du diplôme ;
- L'ancienneté en milieu libéral ;
- L'ancienneté de pratique de la rééducation périnéale du post-partum ;
- La dernière question demande au participant s'il a suivi des cours sur la rééducation périnéale du post-partum pendant sa formation initiale. Selon sa réponse, il arrive dans la section suivante ou passe une section.

La troisième section comporte une seule question. Il est demandé le nombre d'heure en cours théoriques et/ou travaux pratiques pendant le cursus initial. Si le participant a répondu non à la question précédente, il passe directement à la quatrième section.

La quatrième section comporte également une seule question. Il est demandé si le thérapeute a participé à des formations continues. Encore une fois, selon la réponse du participant, il arrivera à une section différente.

La cinquième section comporte deux questions, si le participant a répondu oui à la question précédente, il lui ait demandé le nombre de formation et de les citez.

La sixième section est adressée au participant qui a répondu non à la question de la quatrième section. La question demande les raisons pour lesquelles il n'a pas participé à des formations continues.

La septième section comporte 8 questions sur la pratique de la rééducation :

- La part (en pourcentage) consacrée à la rééducation périnéale du post-partum dans leur activité en termes de patientes ;
- Sur quoi se base sa pratique ;

- Quand débute-t-il la rééducation ;
- Les techniques/méthodes utilisées ;
- Les positions des exercices ;
- Le nombre moyen de méthodes utilisées par patiente ;
- La justification des méthodes utilisées ;
- La pratique ou non du testing des releveurs de l'anus.

S'il répond oui à la dernière question, il arrive à la **huitième section** qui comporte une seule question, quand pratiquent-ils le testing.

S'il répond non à la dernière question, il passe directement à la **neuvième section** composée de 2 questions :

- Reste-il avec la patiente pendant la séance ?
- Le temps moyen d'une séance.

A la fin des 23 questions, le questionnaire est envoyé automatiquement.

2.3. Recueil des données

Toutes les données ont été recueillies dans le tableau *Excel* de *Google Form*.

Les données recueillies sont anonymes. Les participants en sont informés dans l'introduction du questionnaire.

Les données sont pour la plupart des données qualitatives, ce qui permet d'analyser les réponses sous formes d'histogrammes. Il y a également des données quantitatives (année d'obtention du diplôme, nombre de formations et de techniques utilisées).

La majorité des questions sont à réponses fermées. Elles permettent un recueil plus facile et plus rapide à traiter mais seront par conséquent moins précises. Les questions ouvertes sont plus difficilement analysables puisque le participant répond librement.

2.4. Traitements des données (statistiques)

Les données sont traitées à l'aide du logiciel *Microsoft Excel*. Chaque question est inscrite dans une colonne avec toutes les réponses en-dessous.

Les données sont traitées sous forme de pourcentages. Ce sont des statistiques descriptives.

Pour les données quantitatives, la moyenne ainsi que l'écart-type ont été calculé.

2.5. Résumé sous forme de Flow Chart

La partie « Matériel et méthode » est résumé sous forme de Flow Chart ci-dessous (Figure 7).

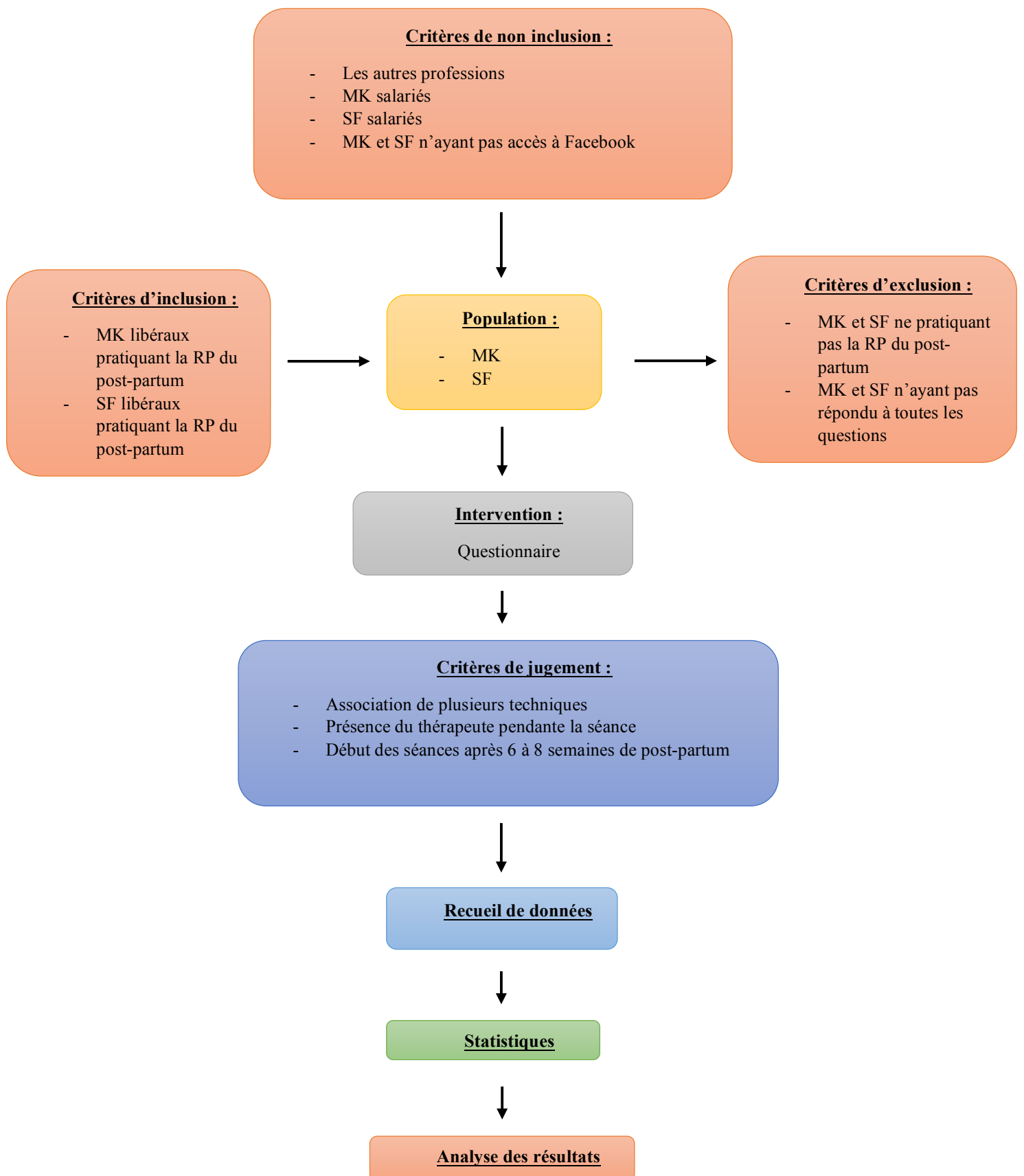


Figure 7 : Flow chart de l'étude

3. RESULTATS

3.1. Description des données

533 participants ont répondu au questionnaire dont 5 qui ont répondu « non » à la première question (« pratiquez-vous la rééducation périnéale en postpartum ? »), ils n'ont donc pas pu répondre à la suite des questions, le questionnaire a été renvoyé automatiquement (Figure 8). 528 réponses ont donc été analysées, 7 réponses n'étaient pas analysables (réponse non comprise, absence de réponse, etc.) ce qui fait un total final de 521 réponses dont 329 Masseurs-kinésithérapeutes et 192 Sages-femmes (Figure 9).

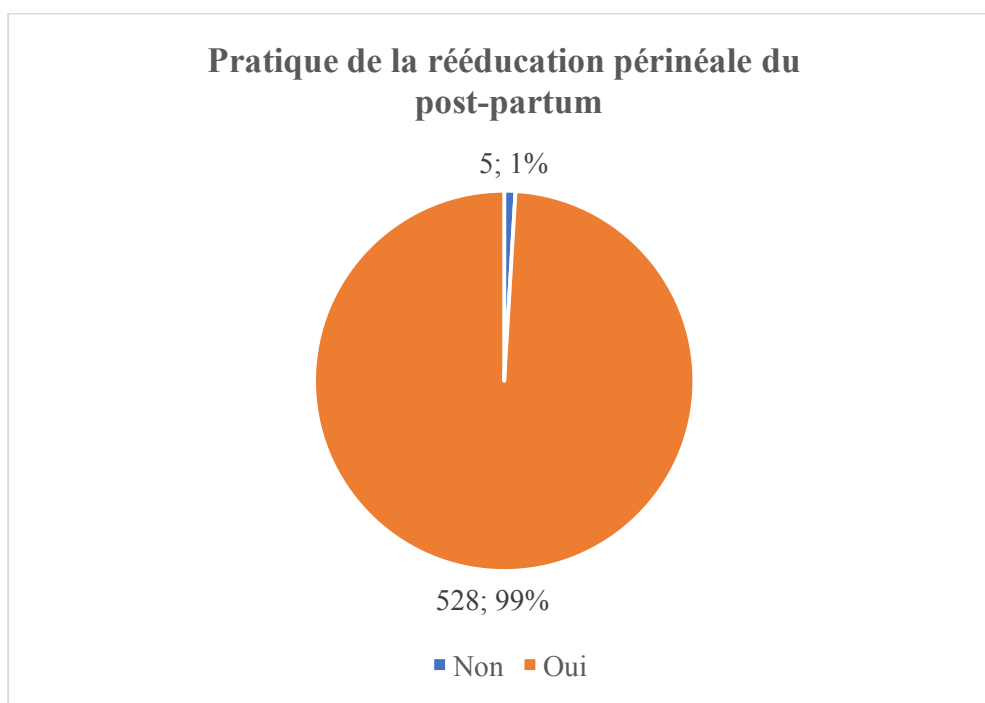


Figure 8 : "Pratiquez-vous la rééducation périnéale en post-partum ?"

3.1.1. Caractéristiques de la population

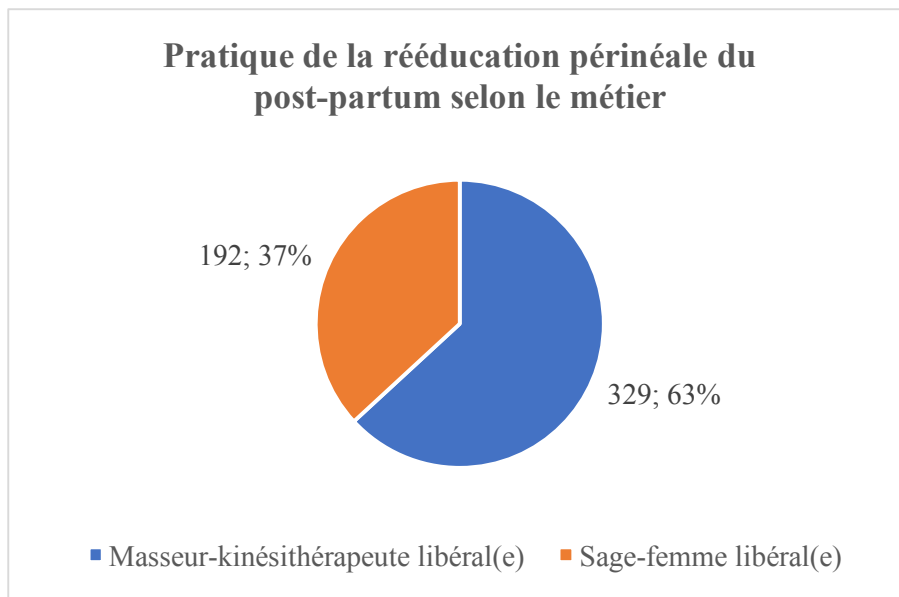


Figure 9 : "Vous êtes"

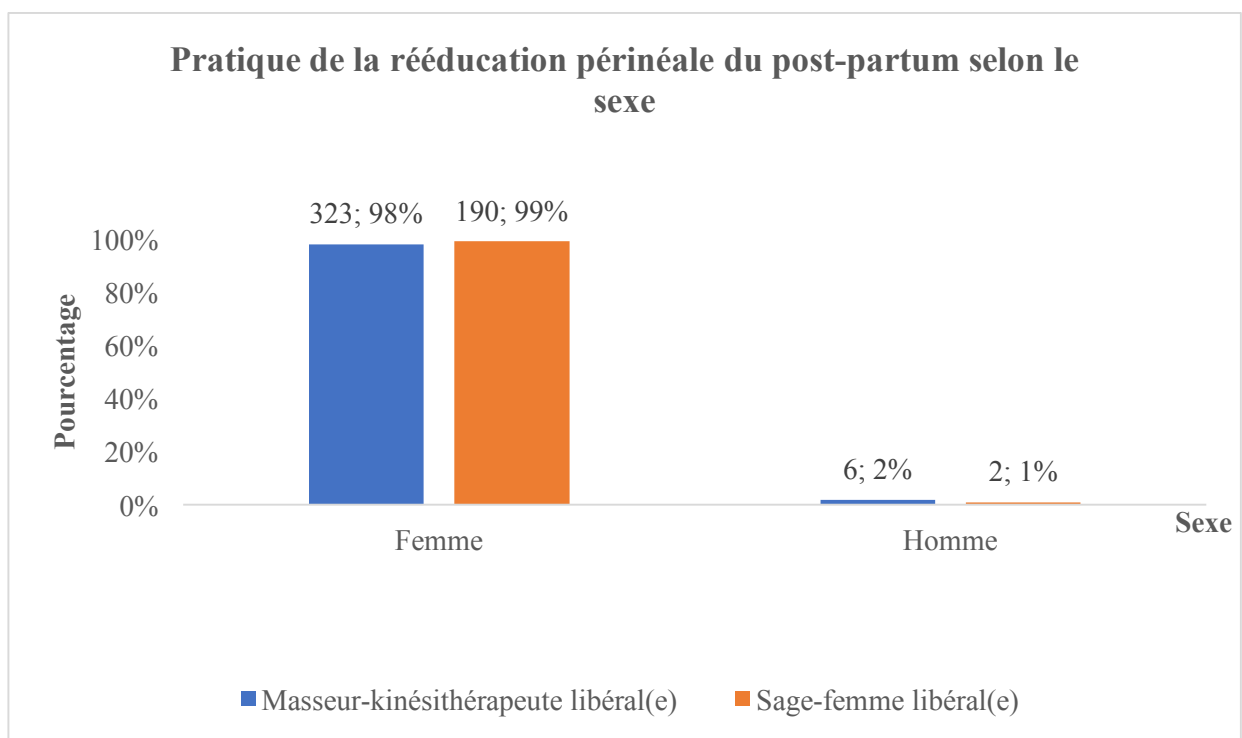


Figure 10 : "Vous êtes"

Tableau III : Année d'obtention du diplôme

	Masseur-kinésithérapeute libéral(e)	Sage-femme libéral(e)
Population (n=)	329	192
Année d'obtention du diplôme (moyenne ± écart-type)	2008 ± 7,5 ans	2006 ± 10,3 ans

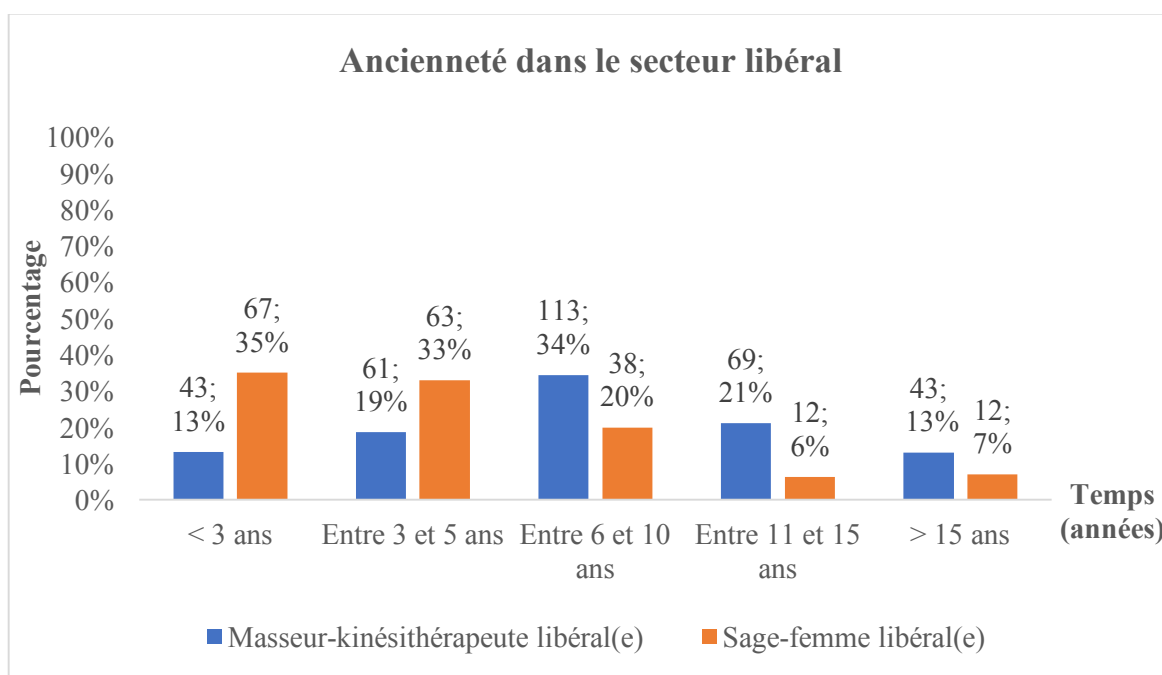


Figure 11 : "Depuis combien de temps travaillez-vous en milieu libéral ?"

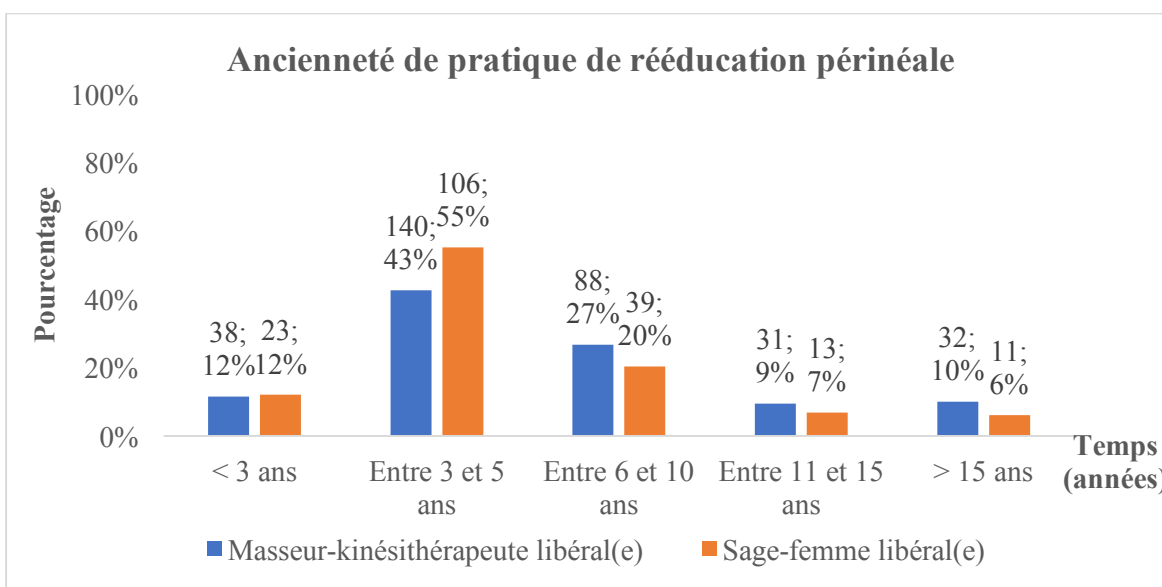


Figure 12 : "Depuis combien de temps pratiquez-vous la rééducation périnéale ?"

3.1.2. Formations en rééducation périnéale

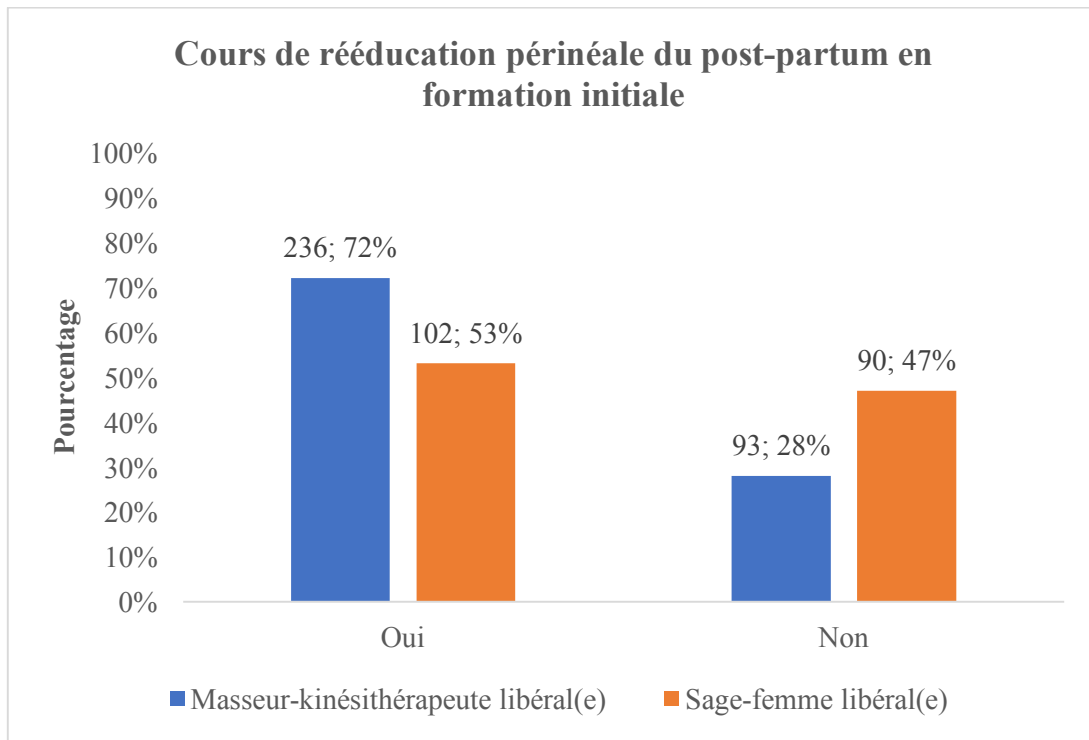


Figure 13 : "Avez-vous suivi des cours de rééducation périnéale en postpartum pendant votre formation initiale ?"

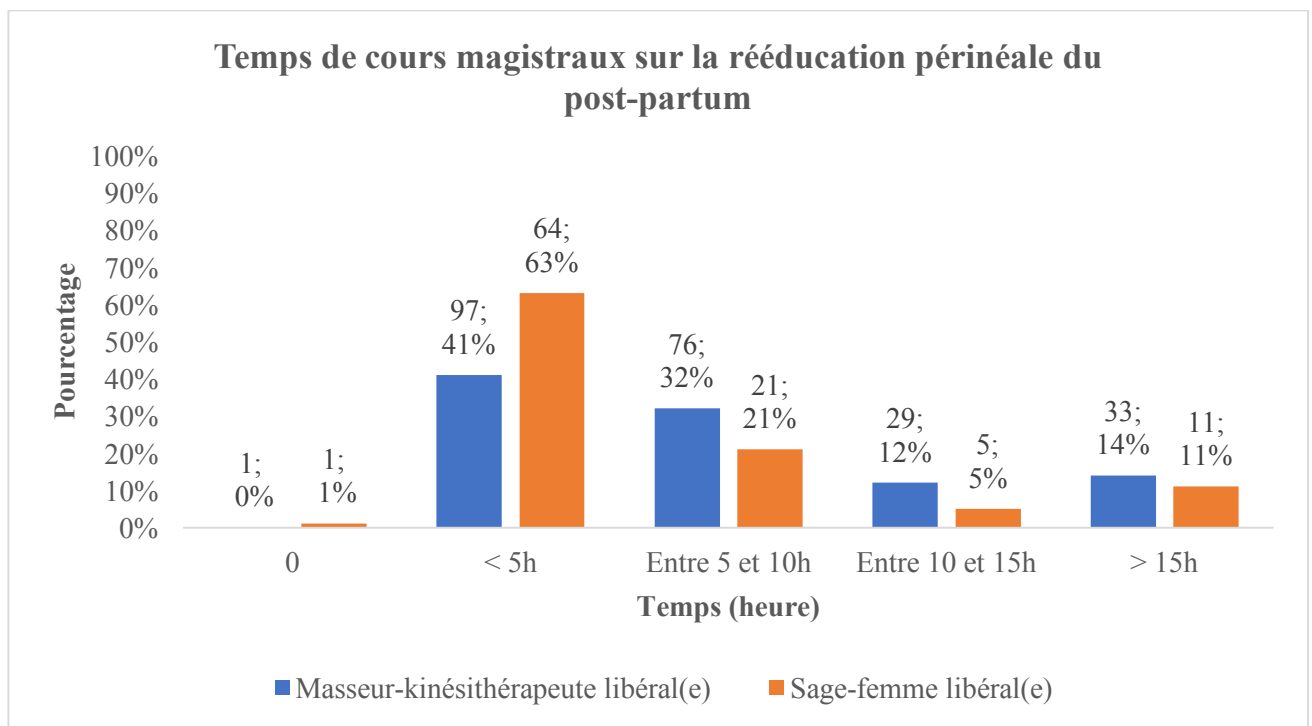


Figure 14 : "Combien d'heures ?"

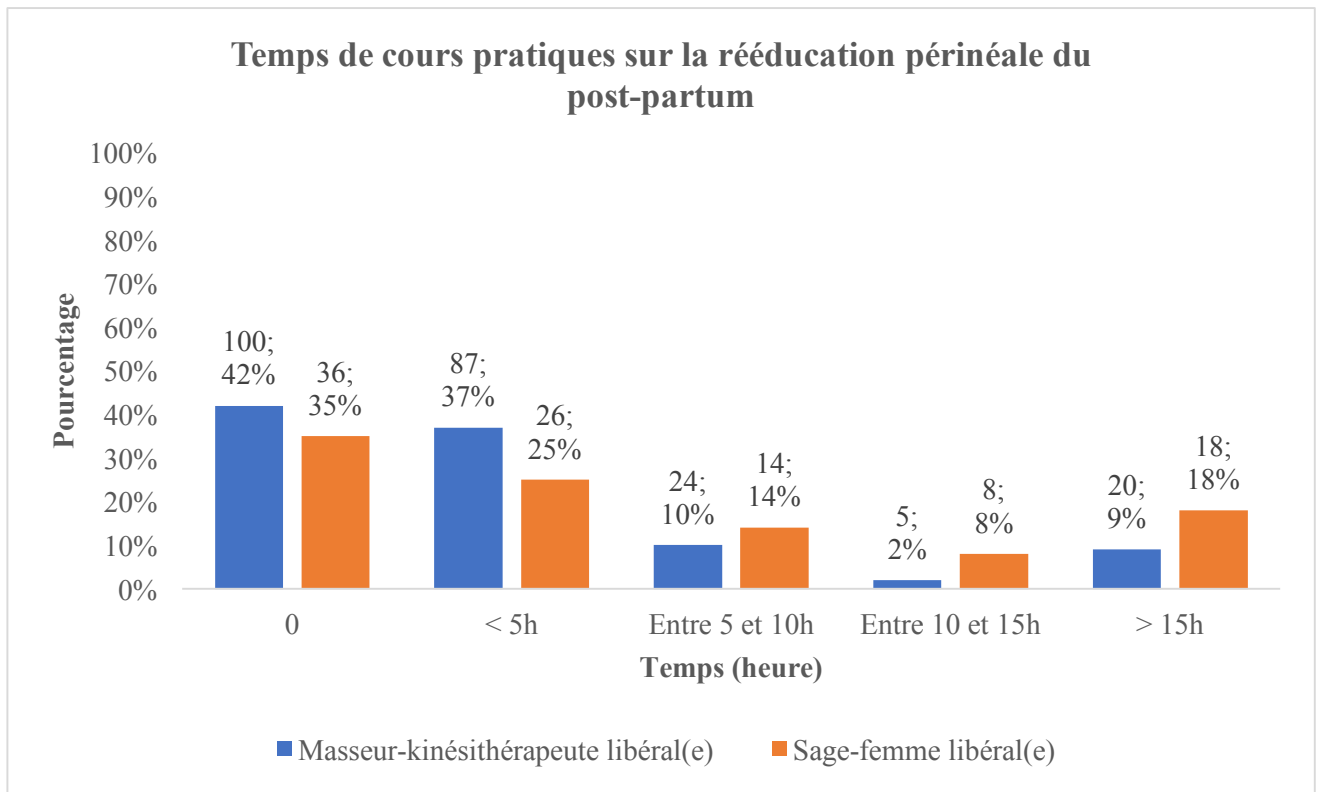


Figure 15 : "Combien d'heures ?"

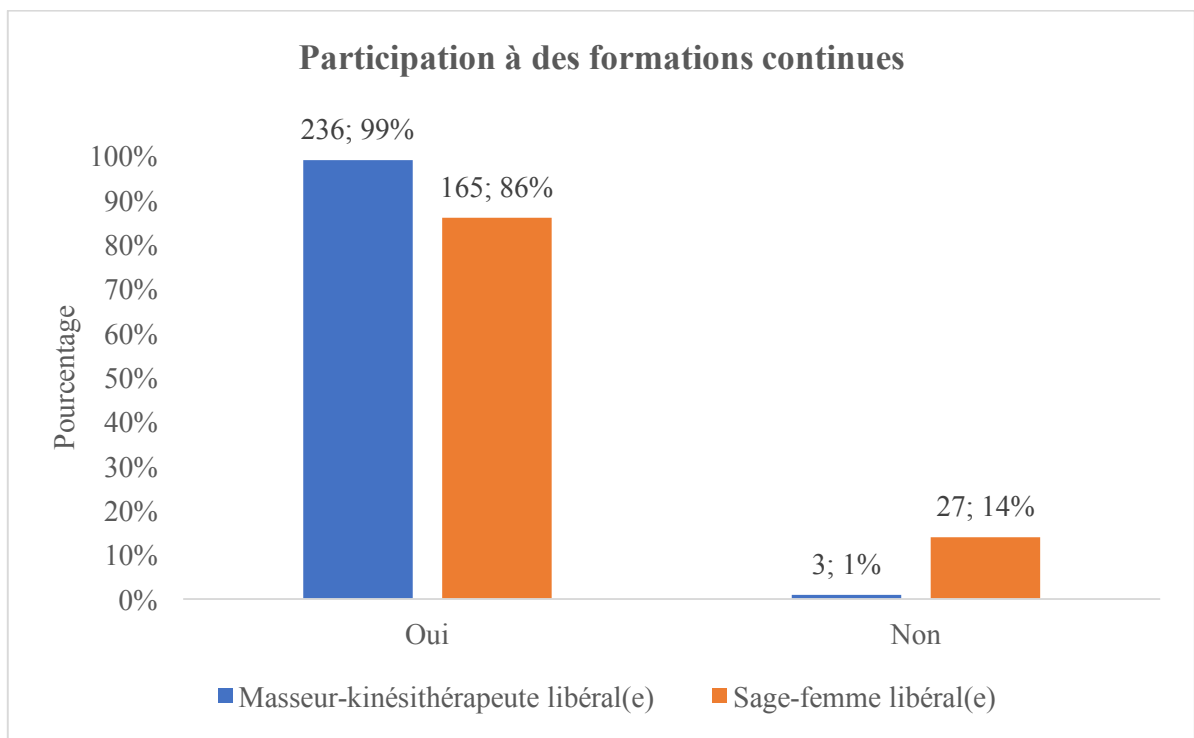


Figure 16 : "Avez-vous participé à des formations continues ou à des journées de formation concernant la rééducation périnéale ?"

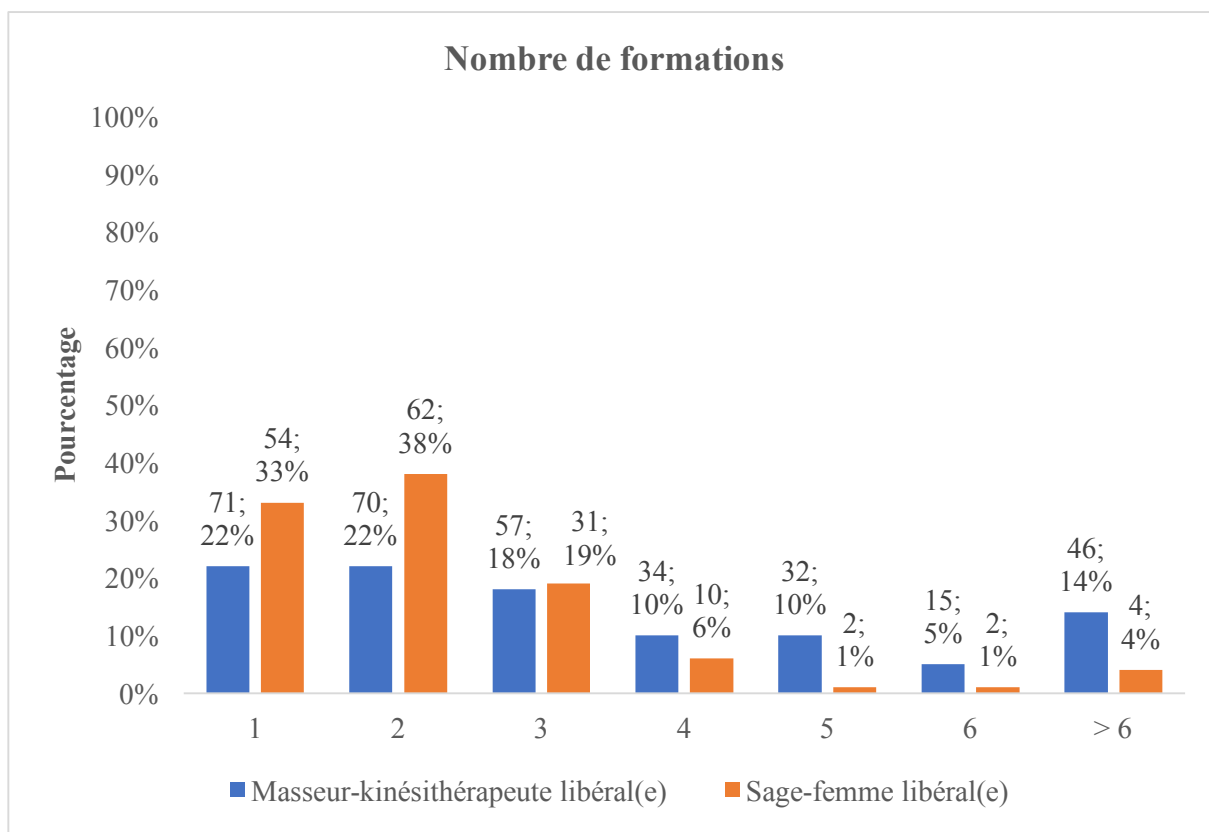


Figure 17 : "Combien de formations différentes avez-vous fait ?"

Tableau IV : Nombre de formations

	Masseur-kinésithérapeute libéral(e)	Sage-femme libéral(e)
Population (n=)	329	192
Nombre de formation (moyenne ± écart-type)	4 ± 3,6	2 ± 1,8

Tableau V : Type de formations

Types de formation	Masseur-kinésithérapeute libéral(e)	Sage-femme libéral(e)
EIRPP	35%	1%
IPPP	36%	0%
De Gasquet	18%	13%
Pelvi-périnéologie	33%	8%
DIU	17%	2%
ADCO	0%	17%
Medicformation	0%	23%
Eutonie	0%	21%
CMP	2%	30%
Autres	23%	21%

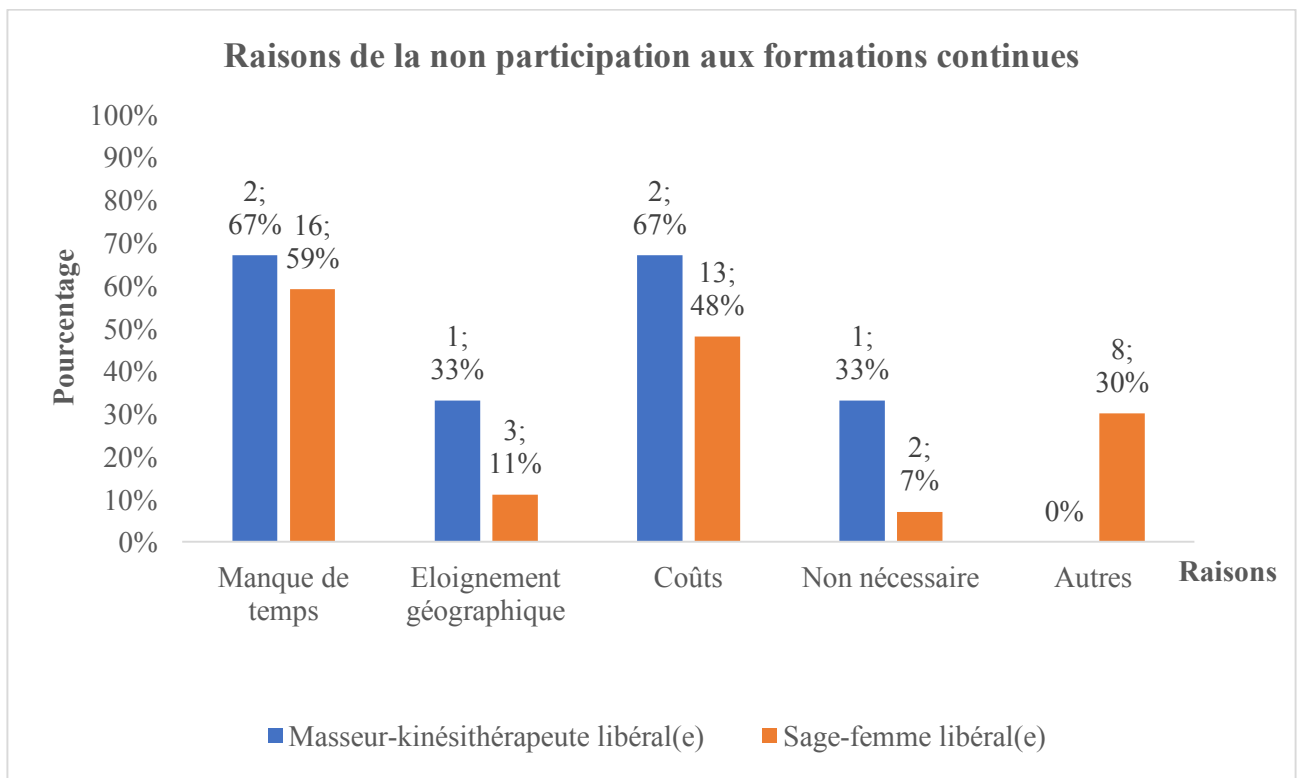


Figure 18 : "Pour quelle(s) raison(s) ?"

3.1.3. La pratique en rééducation périnéale

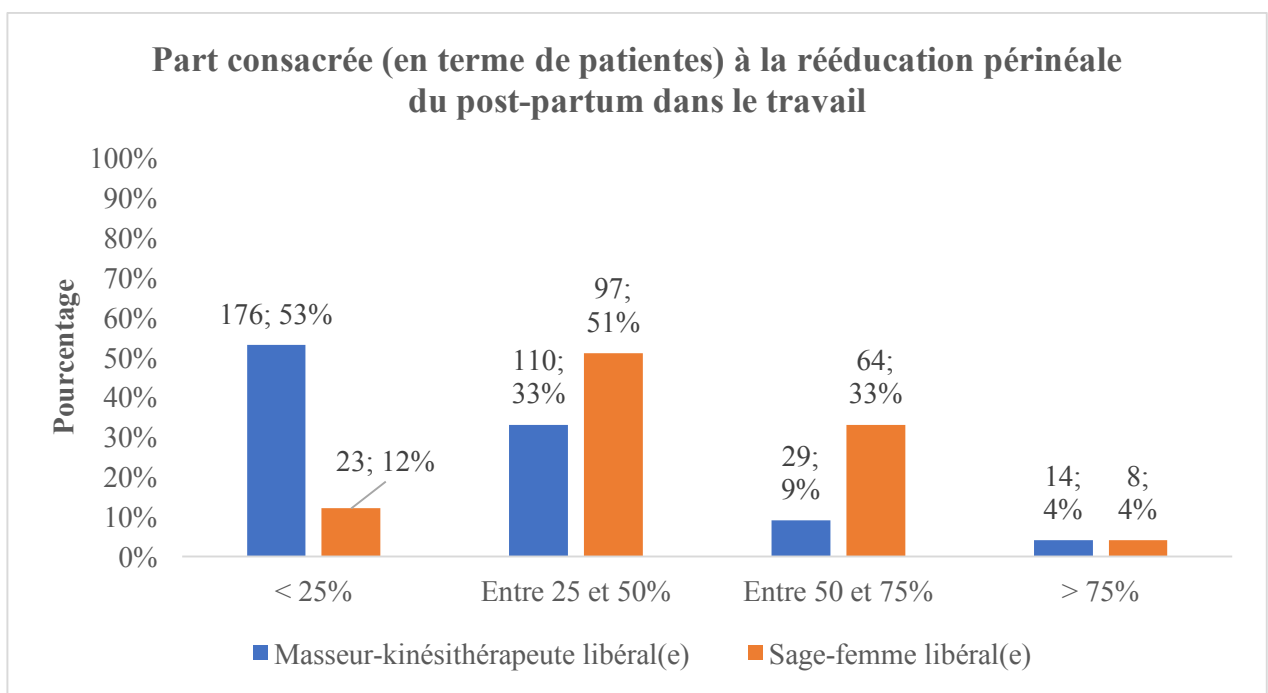


Figure 19 : "Dans votre travail quelle part consacrez-vous à la rééducation périnéale postpartum (pourcentage de patientes) ?"

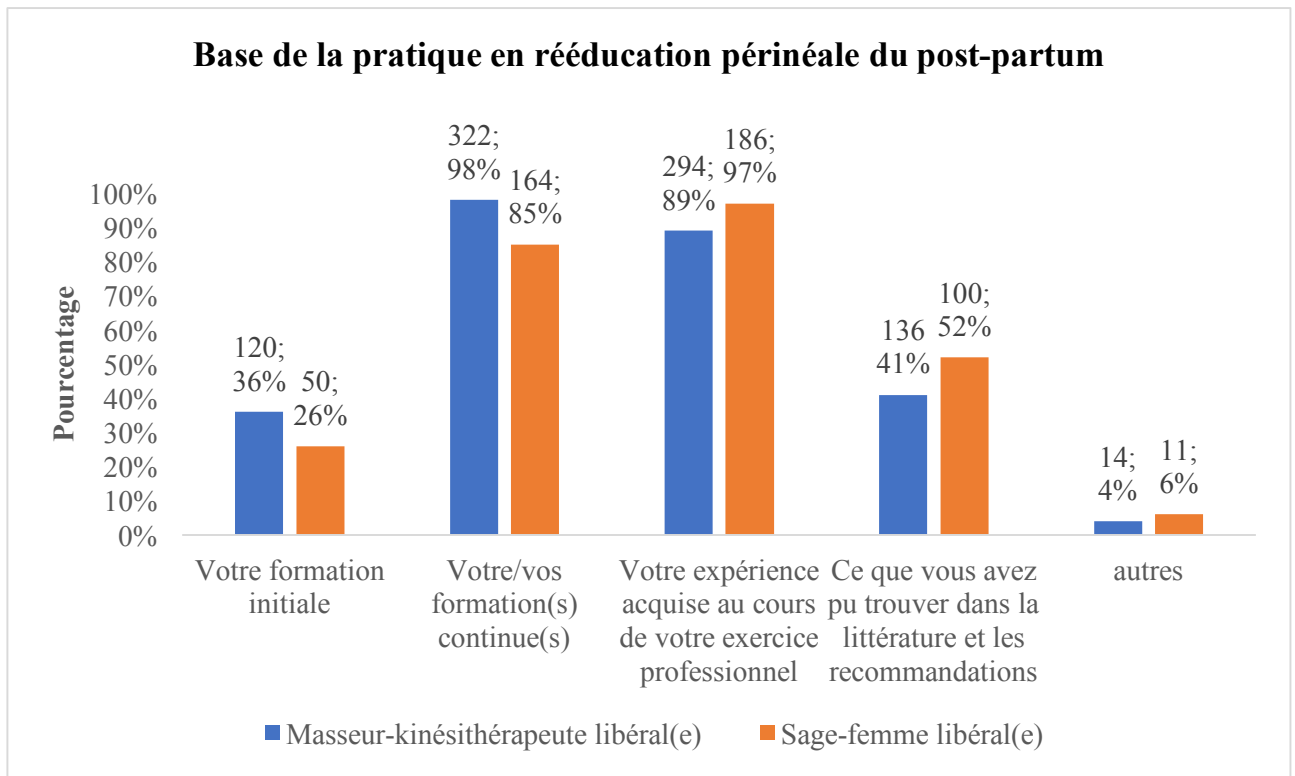


Figure 20 : "A ce jour, votre pratique en rééducation périnéale se base sur :"

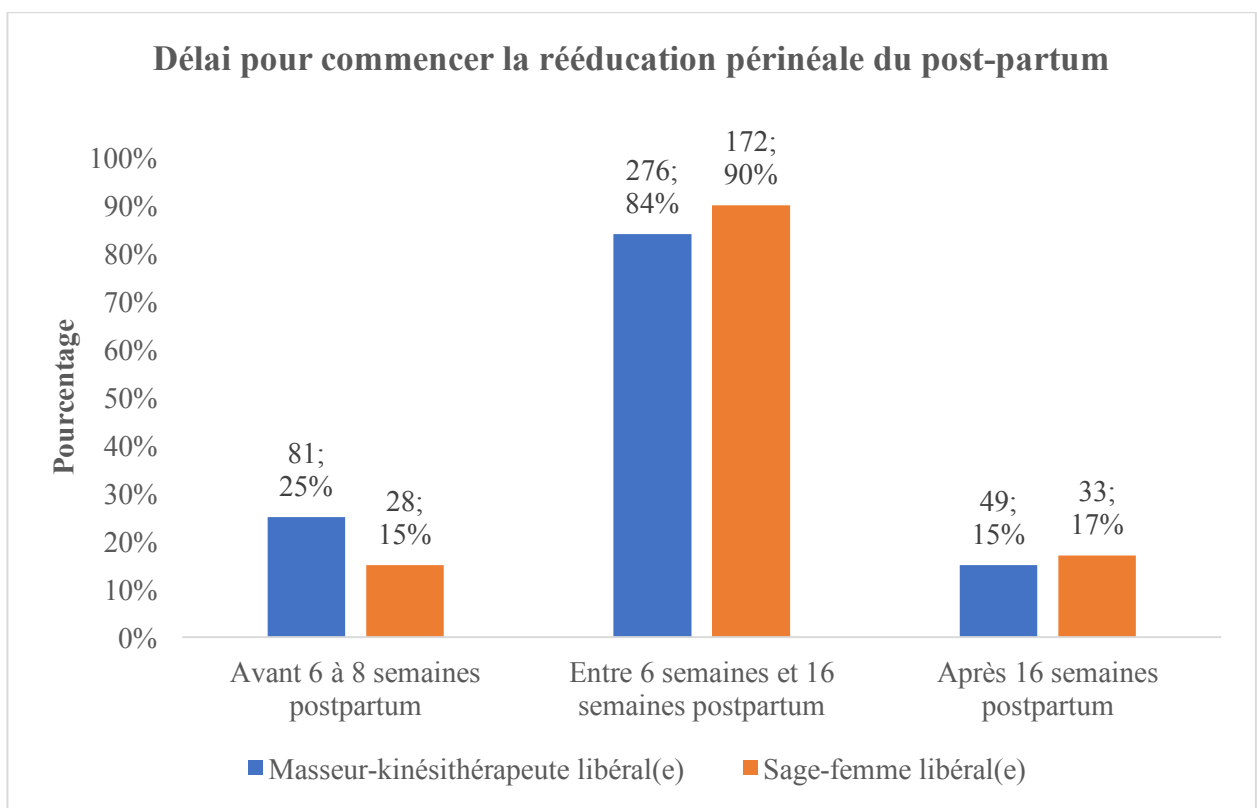


Figure 21 : "Quand débutez-vous la rééducation périnéale du postpartum ?"

Tableau VI : Type de techniques utilisées

Type de techniques	Masseur-kinésithérapeute libéral(e) (n=)	Sage-femme libéral(e) (n=)
Manuelle	n=270 (82%)	n=118 (61%)
Biofeedback	n=274 (83%)	n=58 (30%)
Electrostimulation	n=172 (52%)	n=82 (43%)
CMP	n=9 (3%)	n=57 (30%)
Eutonie	n=0 (0%)	n=44 (23%)
GAH	n=80 (24%)	n=14 (7%)
Posturale	n=38 (12%)	n=25 (13%)
Autres	n=85 (26%)	n=44 (23%)

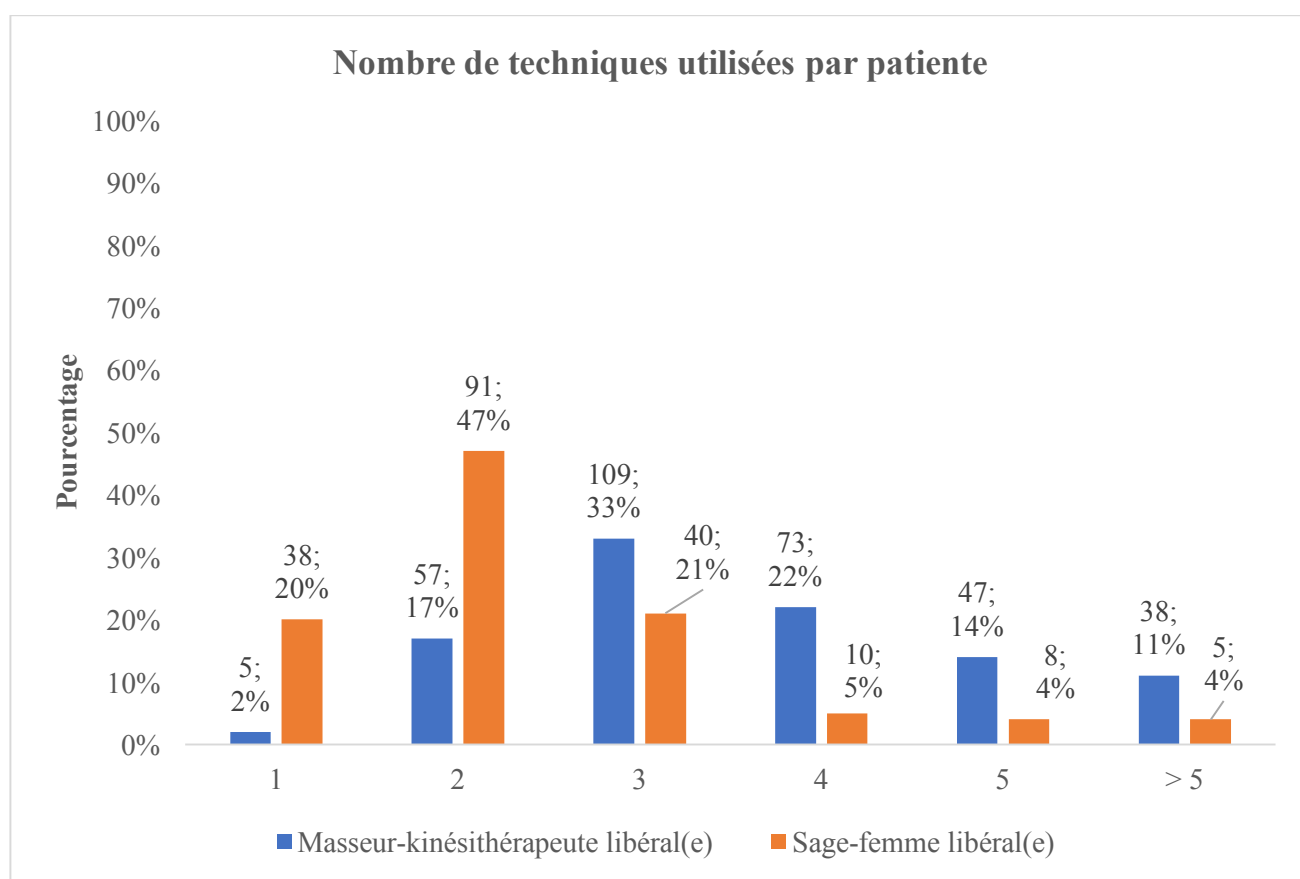


Figure 22 : "En moyenne, combien de méthodes utilisez-vous avec une patiente au cours de la totalité des séances ?"

Tableau VII : Nombre moyen de techniques utilisées par patiente

	Masseur-kinésithérapeute libéral(e)	Sage-femme libéral(e)
Population (n=)	329	192
Nombre de techniques utilisées par patiente (moyenne ± écart-type)	4 ± 1,5	2 ± 1,4

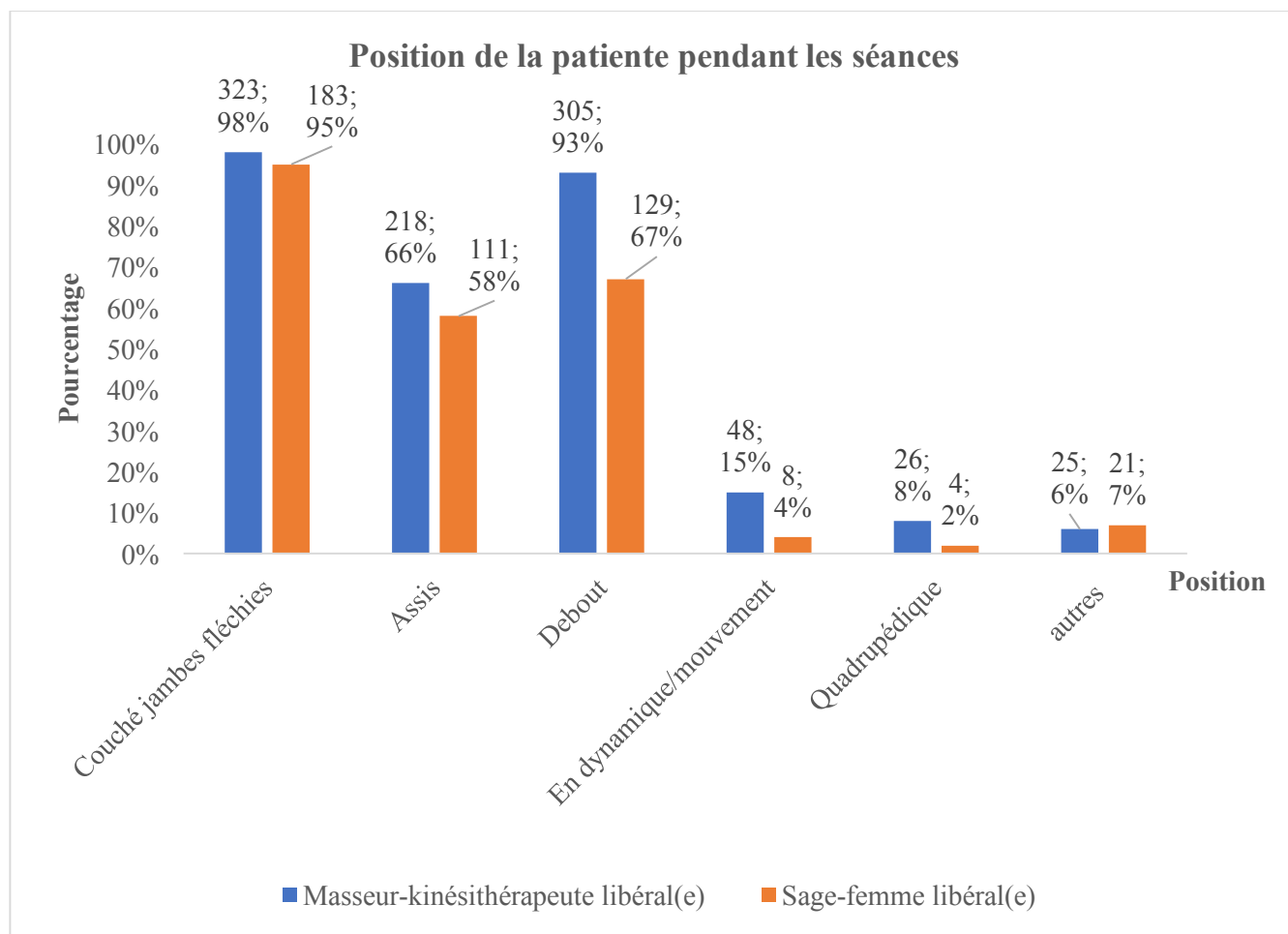


Figure 23 : "Les exercices sont réalisés : "

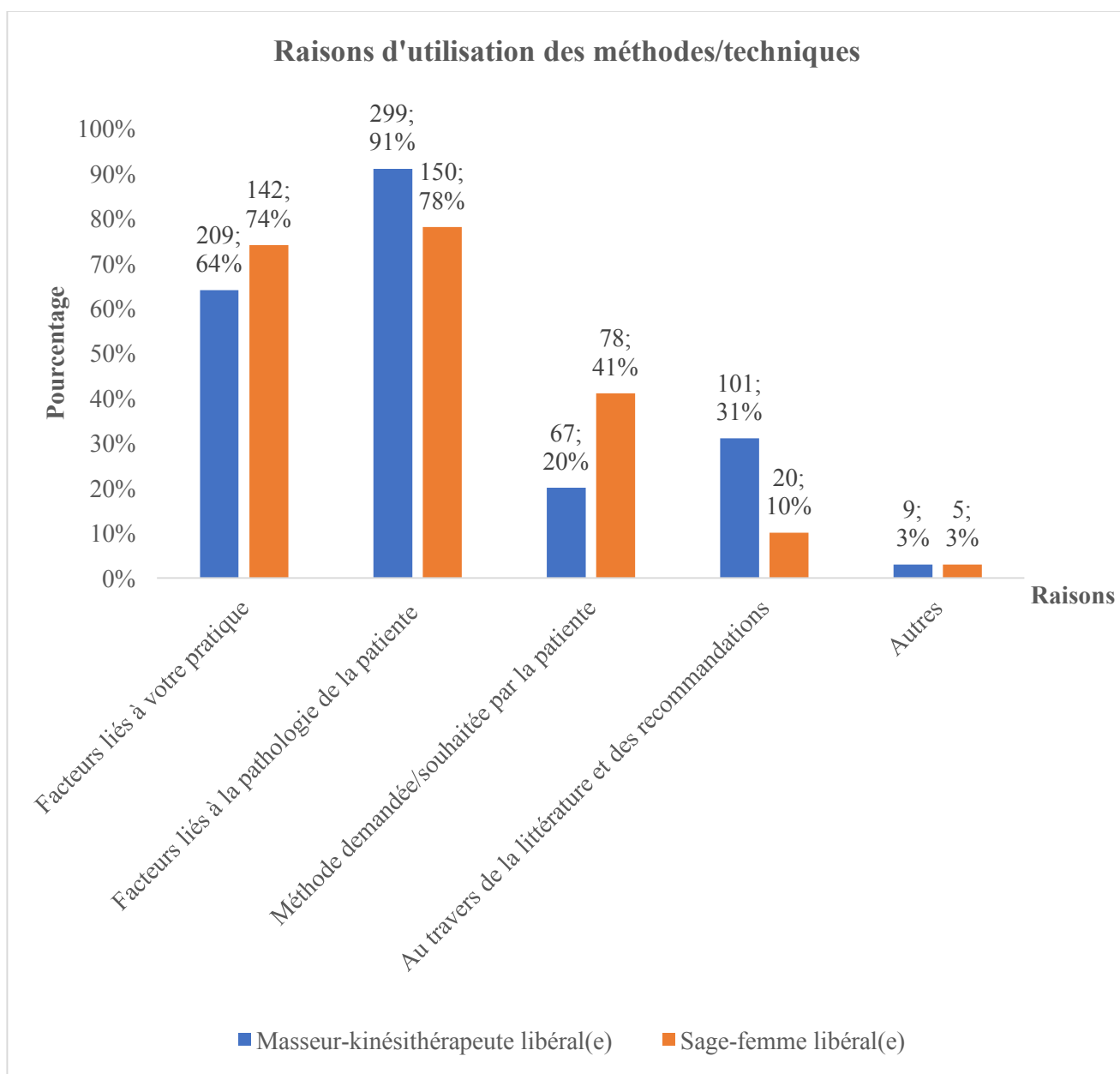


Figure 24 : "Pourquoi utilisez-vous ces méthodes ?"

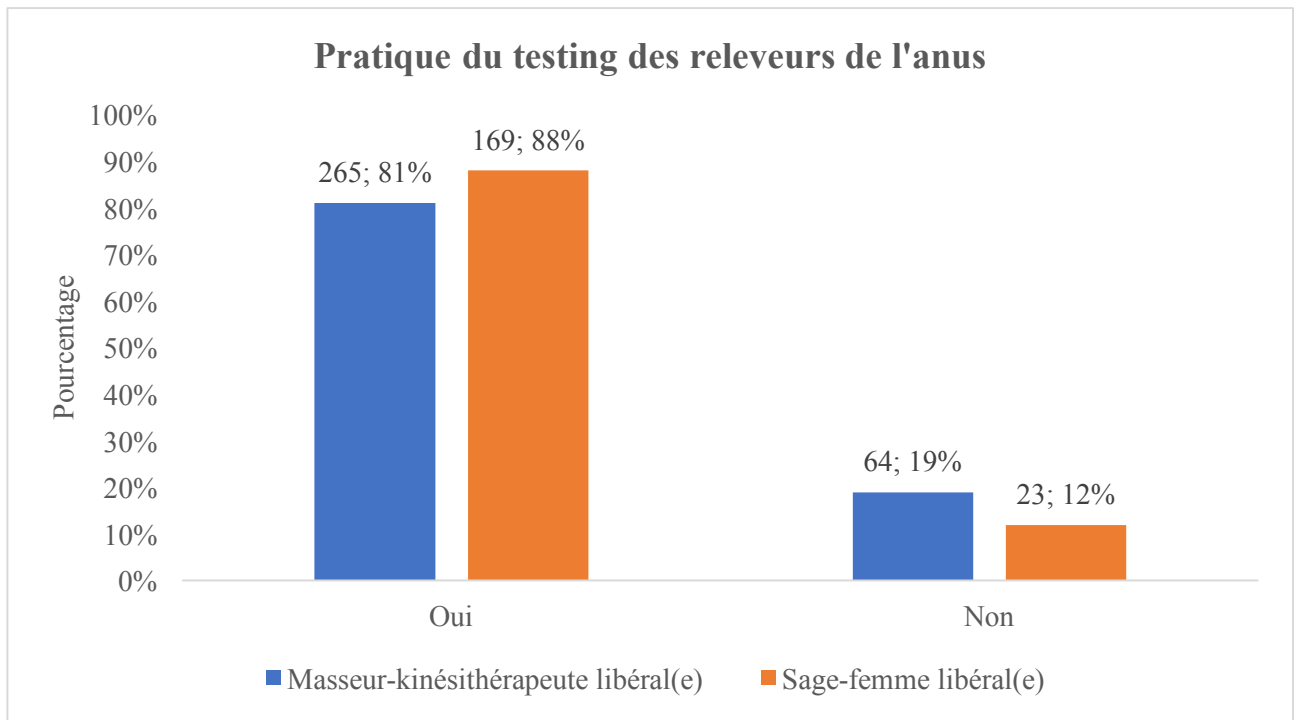


Figure 25 : "Pratiquez-vous le testing des releveurs de l'anus ?"

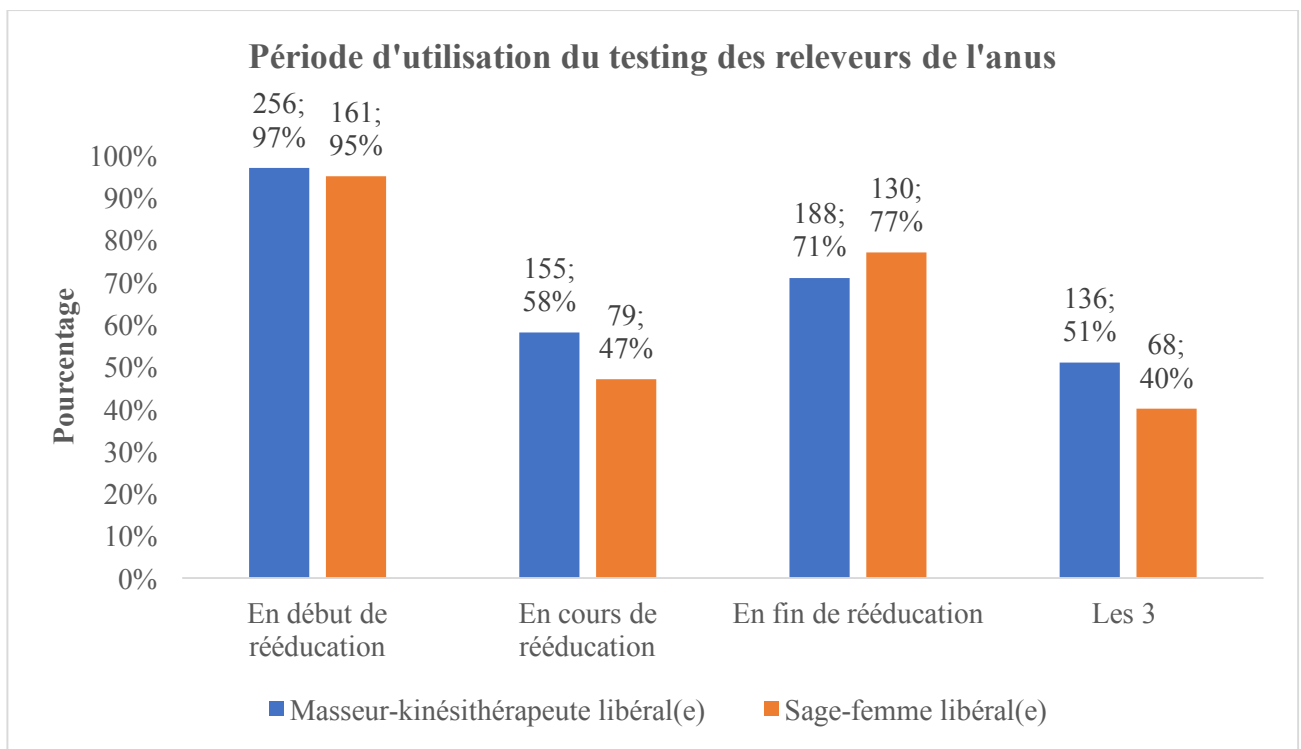


Figure 26 : "Quand le pratiquez-vous ?"

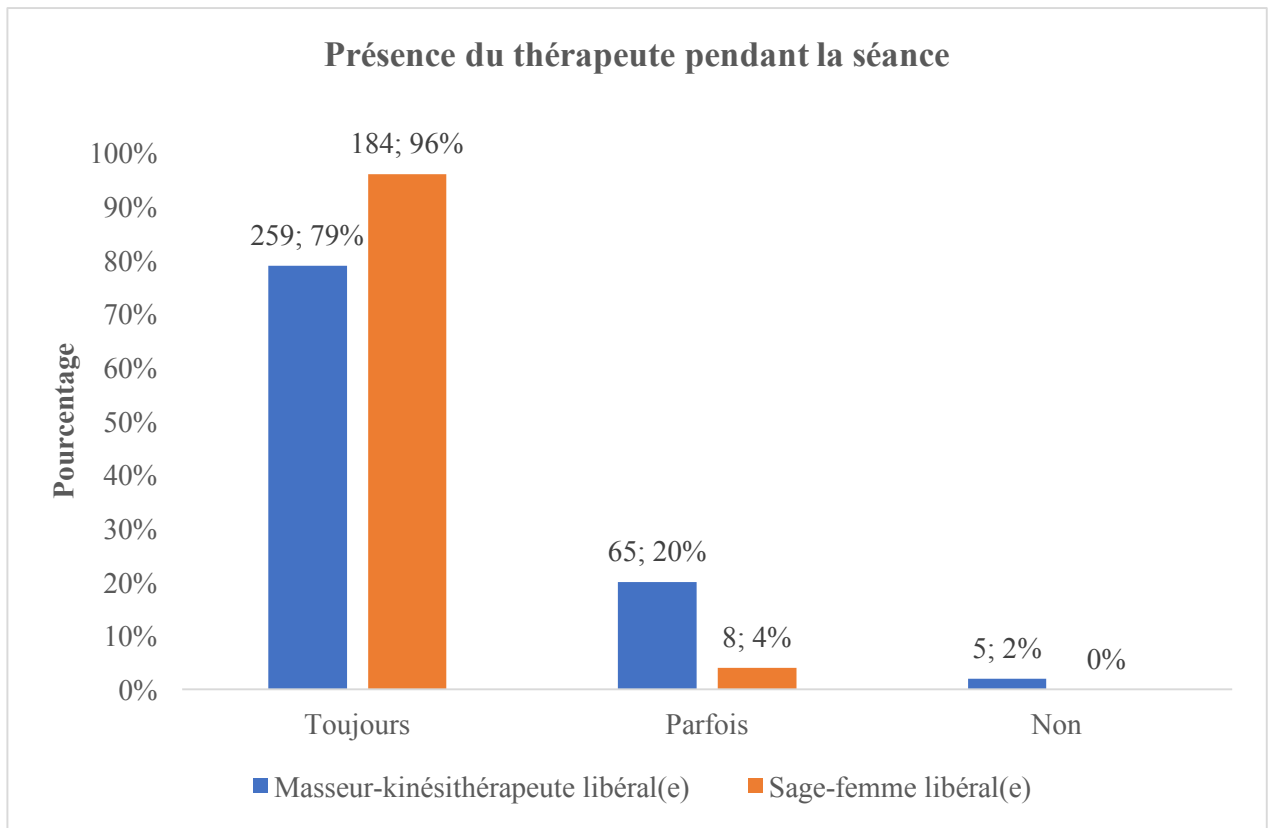


Figure 27 : "Restez-vous avec la patiente pendant toute la séance ?"

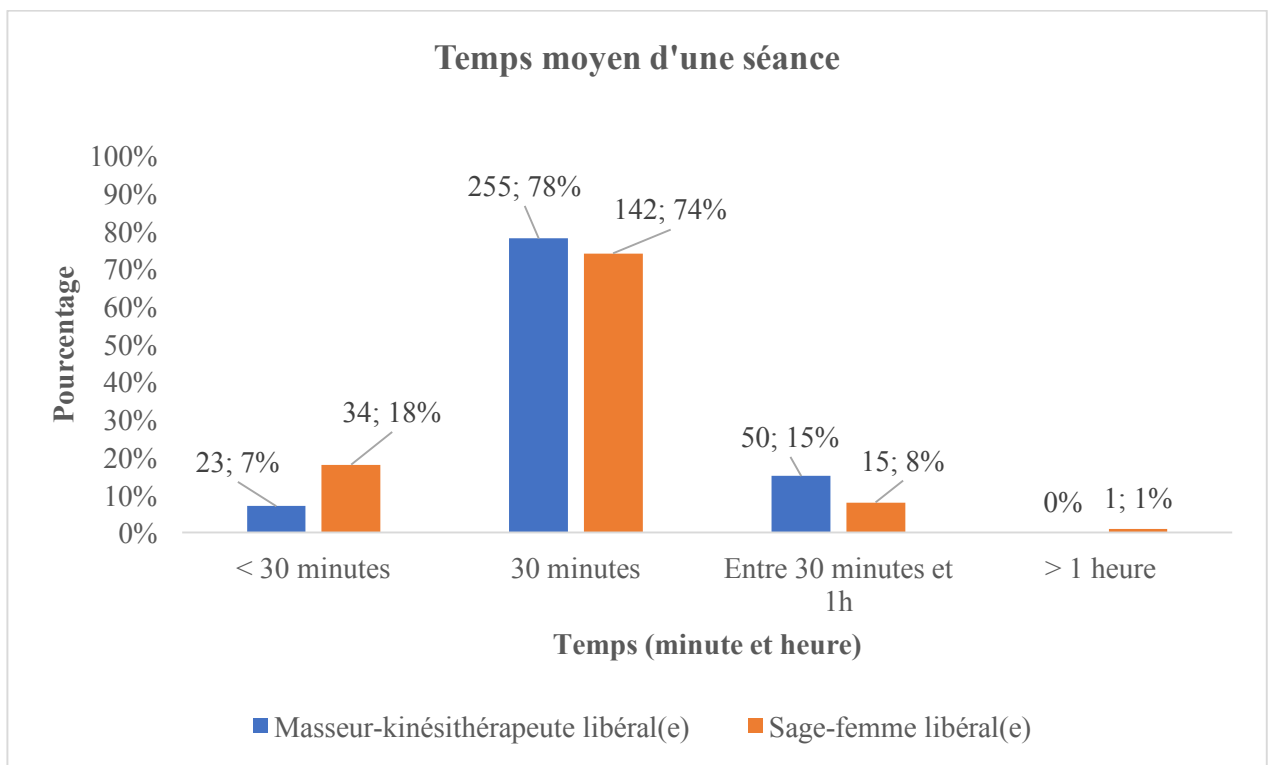


Figure 28 : "Combien de temps passez-vous en moyenne pour une séance ?"

3.2. Analyse des résultats

Dans cette partie, les réponses des kinésithérapeutes et des sages-femmes vont être analysées en fonction des recommandations retrouvées dans la littérature, à savoir les 3 critères principaux suivant : le délai de 6 à 8 semaines de post-partum pour commencer la rééducation périnéale, l'association d'au moins deux techniques de rééducation et la présence du thérapeute pendant toute la séance.

3.2.1. Début des séances

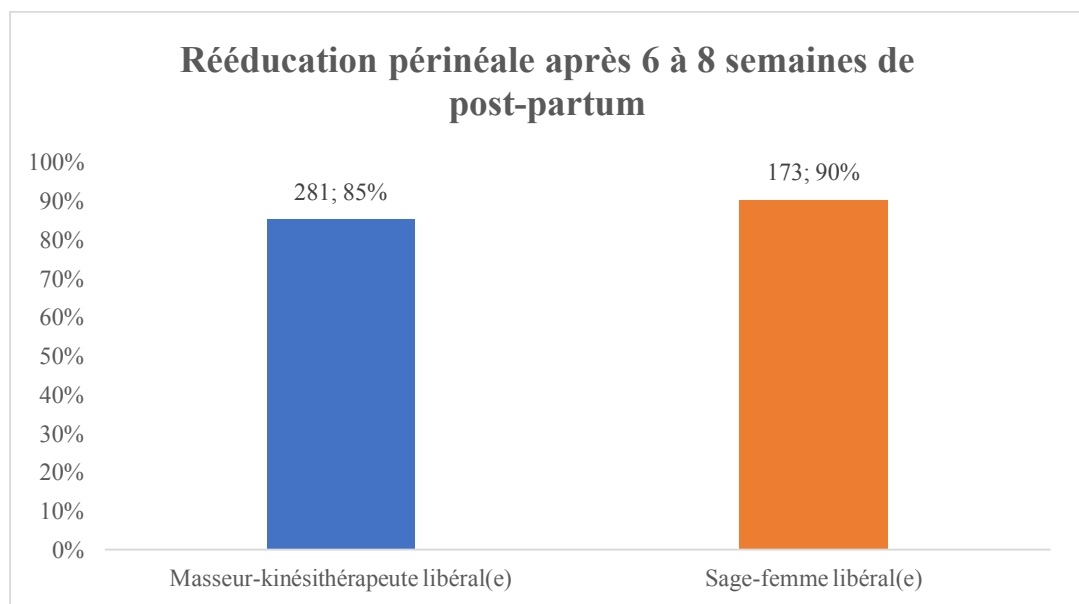


Figure 29 : Rééducation périnéale après 6 à 8 semaines de post-partum

85% des kinésithérapeutes commencent la rééducation périnéale après les 6 à 8 semaines de post-partum contre 90% des sages-femmes (Figure 29). Cependant, il y a 13% (37) des kinésithérapeutes et 5% (9) des sages-femmes qui la pratiquent aussi bien avant les 6 semaines qu'après, cela dépendra de la patiente et de ses symptômes.

15% des kinésithérapeutes et 10% des sages-femmes commencent la rééducation toujours avant 6 semaines de post-partum.

3.2.2. Association des techniques

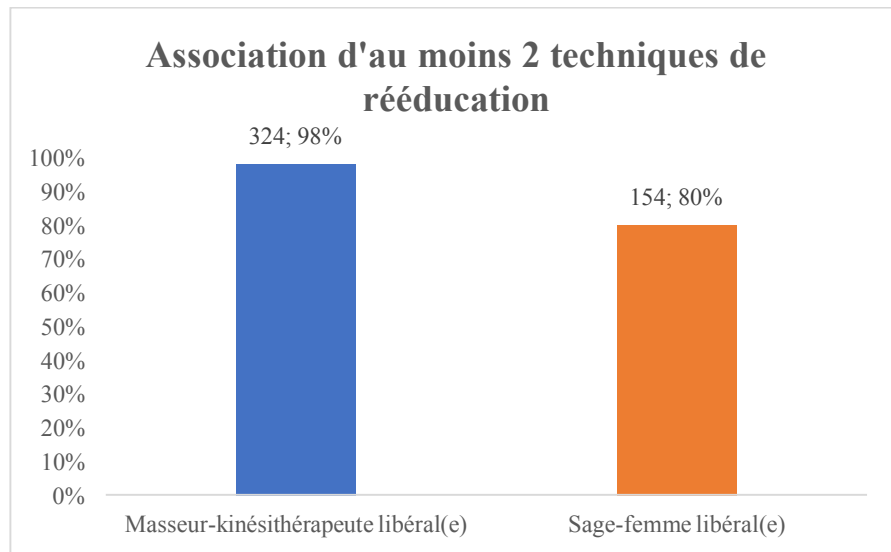


Figure 30 : Association des techniques

98% des kinésithérapeutes utiliseront au moins 2 techniques ou plus par patiente pendant la totalité des séances et 80% des sages-femmes (Figure 30). 20% des sages-femmes utiliseront donc une seule technique, en général il s'agit de la technique manuelle classique ou à travers la méthode CMP.

3.2.3. Présence du thérapeute

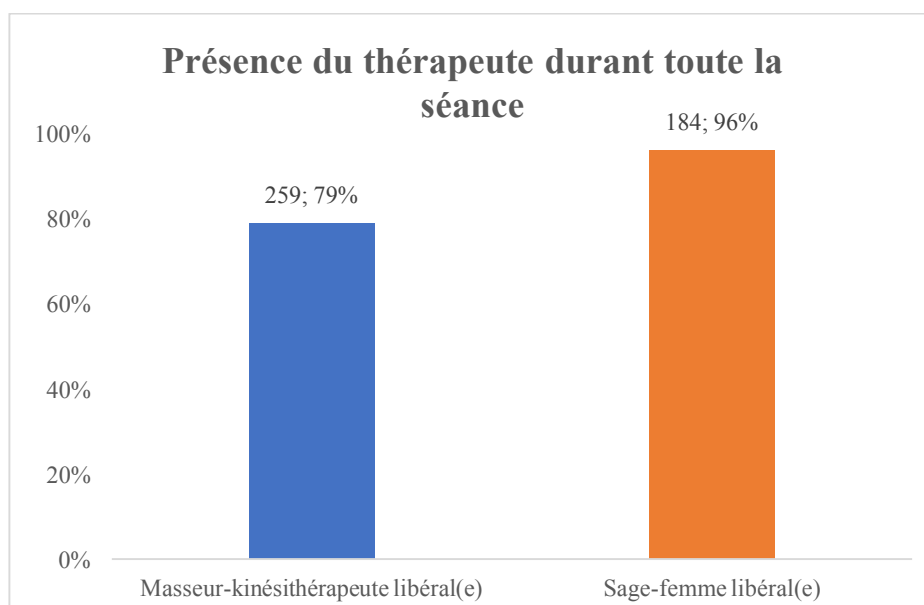


Figure 31 : Présence du thérapeute durant toute la séance

79% des kinésithérapeutes restent avec la patiente pendant la totalité de la séance et 96% des sages-femmes (Figure 31).

3.2.4. Association des 3 critères

Tableau VIII : Association des 3 critères

Critères	Masseur-kinésithérapeute libéral(e) (n=)	Sage-femme libéral(e) (n=)
Commencement après 6 à 8 semaines PP	281 (85%)	173 (90%)
Association des techniques	324 (98%)	154 (80%)
Présence du thérapeute pendant la séance	259 (79%)	184 (96%)
Association des 3 critères	221 (67%)	131 (68%)

67% des masseurs-kinésithérapeutes et 68% des sages-femmes associent les 3 critères lors de leur prise en charge et ont donc une prise en charge optimale (Tableau VIII).

Cependant, parmi les praticiens associant les 3 critères, 14% des kinésithérapeutes et 5% des sages-femmes commencent également la rééducation périnéale avant 6 semaines de post-partum. Cela dépendra des symptômes de leur patiente.

4. DISCUSSION

4.1. Résultats à la lumière de la problématique

La problématique de ce mémoire est : « **Quelles sont les différences de pratiques en rééducation périnéale du post-partum entre les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ? De plus, leurs pratiques sont-elles conformes aux recommandations retrouvées dans la littérature ?** »

A l'aide du questionnaire envoyé aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes, nous avons pu répondre à cette problématique.

4.1.1. Caractéristiques de la population

A travers les résultats, nous avons pu observer que la pratique de la rééducation périnéale est principalement exercée par des femmes, que ce soit pour les kinésithérapeutes (**98%**) que pour les sages-femmes (**99%**) (Figure 10). Cela peut être expliqué par le fait que cette pratique touche à l'intimité de la femme et nécessite un contact privilégié avec son thérapeute. Le thérapeute doit instaurer un climat de confiance, la patiente se sentant sûrement plus à l'aise avec un thérapeute du même sexe qu'elle.

4.1.2. Formations en rééducation périnéale

72% des kinésithérapeutes ont suivi des cours de rééducation périnéale du post-partum pendant leur formation initiale contre **53%** des sages-femmes (Figure 13). Selon cette étude et à mon étonnement, les kinésithérapeutes sont plus nombreux à recevoir des cours sur ce sujet en formation initiale.

Parmi eux, la majorité a suivi moins de 10 heures de cours magistraux (**73%** des masseurs-kinésithérapeutes contre **84%** des sages-femmes) (Figure 14). En revanche, pour ce qui est des cours de travaux pratiques, une grande partie n'en a pas eu ou moins de 5 heures (**42%** des kinésithérapeutes contre **35%** des sages-femmes n'en ont pas eu, et **37%** des kinésithérapeutes contre **25%** des sages-femmes moins de 5 heures) (Figure 15).

Cela est-il suffisant pour exercer cette pratique après l'obtention de son diplôme ? La réponse est non puisque **99%** des kinésithérapeutes ont participé à des formations continues à la suite de leur diplôme contre **86%** des sages-femmes (Figure 16). Pour les deux professionnels, il semble primordial de se former à la suite du diplôme sur cette rééducation qui nécessite un apprentissage supplémentaire.

Comme nous avons pu le constater dans la partie « Résultats », les instituts de formations diffèrent selon la profession (Tableau V). Les kinésithérapeutes et les sages-femmes ne suivront pas les mêmes formations et cela peut expliquer leur approche différente de prise en charge.

Les participants n'ayant pas précisé l'institut de formation sont dans la case « pelvi-périnéologie » regroupant plusieurs instituts différents. Dans la case « autres », nous pouvons retrouver des formations telles que le yoga, le Pilate, etc.

1% des kinésithérapeutes et **14%** des sages-femmes n'ont pas participé à des formations continues après leur diplôme.

Or la formation continue est une obligation déontologique pour les masseurs-kinésithérapeutes. Selon l'Article R. 4321-62 du Code de la Santé publique : « Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article L. 4382-1 » (31).

Il en est de même pour les sages-femmes. D'après l'article L.4021-1 du code de la santé publique, « le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une obligation pour les sages-femmes. Depuis le 1er janvier 2017, cette obligation est triennale et non plus annuelle : chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC » (32).

4.1.3. La pratique en rééducation périnéale

53% des kinésithérapeutes consacrent moins de 25% de leur part de travail à la rééducation périnéale du post-partum (en termes de patientes) contre **12%** des sages-femmes (Figure 19). Les sages-femmes consacreront plutôt entre 25 et 50% de leur temps de travail (pour **51%** d'entre elles) voire 50 à 75% (pour **33%** d'entre elles). Cela peut s'expliquer par le fait que la rééducation périnéale n'est qu'une petite partie dans le domaine de la kinésithérapie, d'autres domaines très éloignés sont possibles et touchent aussi bien les hommes que les femmes (traumatologie, rhumatologie, neurologie, etc). L'exercice libéral de la sage-femme aura son champ de compétence axé sur la femme et notamment la région périnéo-sphinctérienne.

Pour **98%** des kinésithérapeutes et **85%** des sages-femmes, leur pratique se base sur leurs formations continues et pour **89%** des masseurs-kinésithérapeutes et **97%** des sages-femmes, elle se base sur l'expérience acquise au cours de leur exercice professionnel (Figure 20). Tous deux s'accordent sur l'importance de se former continuellement car le domaine de la rééducation est en constante évolution. De plus, l'expérience au cours de leur exercice professionnel va permettre d'élargir et d'améliorer leur pratique.

Les trois techniques les plus utilisées chez les kinésithérapeutes sont la méthode manuelle (**82%**), le biofeedback (**83%**) et l'électrostimulation (**52%**). On retrouvera également la méthode de gymnastique abdominale hypopressive (**24%**) et un travail postural (**12%**). Les sages-femmes quant à elles, utiliseront également la méthode manuelle (**61%**), le biofeedback (**30%**), l'électrostimulation (**43%**) mais également la méthode CMP (connaissance et maîtrise du périnée) (**30%**) et l'Eutonie (**23%**) (Tableau VI). Ces deux dernières méthodes sont très peu utilisées chez les kinésithérapeutes. Nous pouvons donc constater une différence de pratiques entre les deux professionnels.

Le nombre moyen de techniques utilisées par patiente est de 4 chez les kinésithérapeutes et de 2 chez les sages-femmes (Tableau VII). Très peu de kinésithérapeutes (**2%**) n'utiliseront qu'une technique. En revanche, les sages-femmes utiliseront plus facilement une seule technique (**20%**). En général, la sage-femme aura plus de facilité à n'utiliser que la méthode manuelle, soit traditionnelle avec des exercices de renforcement du plancher pelvien soit à travers la méthode CMP.

Les deux professions s'accordent sur les positions des exercices à réaliser par la patiente. **98%** des kinésithérapeutes et **95%** des sages-femmes pratiquent les exercices en position couchée jambes fléchies, **93%** des kinésithérapeutes et **67%** des sages-femmes le font debout et **66%** des kinésithérapeutes et **58%** des sages-femmes assis (Figure 23).

Enfin, les deux praticiens s'accordent sur le temps moyen d'une séance, 30 minutes pour **78%** des kinésithérapeutes et **74%** pour les sages-femmes (Figure 28).

4.2. Résultats à la lumière de la littérature

Comme il a été précisé dans l'introduction (cf. 1.2.2.), aucun consensus n'a été établi sur la pratique de la rééducation périnéale du post-partum. Cependant, plusieurs recommandations ont été retrouvées dans la littérature. Les auteurs s'accordent sur plusieurs critères précédemment cités : le délai de 6 à 8 semaines de post-partum pour commencer la rééducation périnéale, l'association d'au moins deux techniques de rééducation et la présence du thérapeute pendant la séance.

Les deux professionnels s'accordent en majorité sur le fait de commencer la rééducation périnéale après les 6 à 8 semaines de post-partum (**85%** des masseurs-kinésithérapeutes et **90%** des sages-femmes) (Figure 29). Une partie des professionnels la commence donc avant. Il arrive que la rééducation puisse être effectuée avant selon la pathologie de la patiente et de ses symptômes.

La deuxième recommandation est d'associer au moins deux techniques de rééducation par patiente. **98%** des masseurs-kinésithérapeutes le font et **80%** des sages-femmes (Figure 30). La sage-femme aura plus tendance à n'utiliser que la méthode manuelle notamment grâce à la méthode CMP.

Enfin, la présence du thérapeute pendant toute la séance est fortement recommandée. **79%** des masseurs-kinésithérapeutes et **96%** des sages-femmes le respectent (Figure 31). Généralement, la sage-femme prendra une patiente à la fois, restera donc avec elle pendant toute la séance. Le kinésithérapeute, quant à lui, pourra plus facilement avoir plusieurs patients en même temps. Cela peut être une raison de son absentéisme pendant une partie de la séance notamment au moment de l'électrostimulation ou du biofeedback.

L'objectif était de connaître le pourcentage de professionnels respectant ces 3 critères et donc d'estimer le taux de prise en charge optimale. **67%** des masseurs-kinésithérapeutes et **68%** des sages-femmes associent ces 3 critères lors de leur prise en charge (Tableau VIII).

Il n'existe donc pas de différence entre les deux praticiens sur le taux de prise en charge optimale.

4.3. Apports et limites du travail

4.3.1. Apports du travail

Ce mémoire de recherche m'a permis d'en découvrir un peu plus au sujet de la rééducation périnéale. Quand j'ai commencé ce travail de recherche, mes connaissances à ce sujet étaient assez limitées, ce domaine a été très peu abordé pendant ma formation initiale. Cela m'a permis de développer mon savoir en effectuant plusieurs recherches. Mais n'ayant pas été formée à ce type de pratique, ce domaine reste pour moi encore peu exploré. Je n'ai pas l'expérience des professionnels concernés en matière de pratique et cela a pu se faire ressentir dans l'élaboration de mon questionnaire ainsi que dans la rédaction de ce mémoire.

4.3.2. Limites du travail

L'étude comporte plusieurs biais notamment un biais de sélection. En effet, la population étudiée concernait les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux pratiquant la rééducation périnéale du post-partum. Le questionnaire a été publié sur Facebook ainsi que sur la page de la SIREPP. Même si le questionnaire s'adressait à une population précise, rien n'empêchait aux personnes non concernées de répondre (bien que le questionnaire ait été publié sur des groupes spécialisés dans la rééducation périnéale). De plus, le biais de sélection se retrouve souligné de par le recrutement des participants. En effet, tous les professionnels de santé ne sont pas sur Facebook, la sélection de la population est donc biaisée.

Répondre à un questionnaire sur sa pratique implique, de la part du praticien un questionnement sur son propre travail. Nous pouvons donc imaginer que les professionnels ayant répondu au questionnaire sont ceux qui estiment avoir une bonne pratique de la rééducation périnéale. Les thérapeutes pour qui la rééducation n'est pas une priorité dans la pratique quotidienne ou qui n'ont pas approfondi ce sujet n'ont sûrement pas eu l'envie ou pris le temps de répondre ; le biais de sélection se retrouve ainsi souligné. En revanche, ce biais s'atténue par l'anonymat du questionnaire. Tous les participants en étaient informés et pouvaient donc répondre librement sans se sentir jugés dans leurs réponses.

Un deuxième biais s'ajoute à mon étude, il s'agit du biais de méthodologie. La majorité des questions étaient des questions fermées car il est indispensable de donner un cadre au questionnaire en ciblant les questions et ainsi obtenir des réponses en rapport avec les points essentiels de prise en charge cités dans les recommandations. Cela évite que le participant s'éloigne trop des réponses attendues. Le participant avait souvent la possibilité de compléter sa réponse s'il le souhaitait avec la case « autres ». En revanche, cela peut influencer le participant dans ses choix de réponses. En ayant devant ses yeux des propositions de réponses, il se peut qu'il réponde autre chose que ce qu'il avait en tête.

J'ai fait le choix d'introduire 4 questions ouvertes à mon questionnaire. Cela présente des avantages mais également des inconvénients. En effet, la réponse sera plus précise ou à l'inverse, le participant pourra avoir tendance à s'éloigner du sujet et ainsi rendre la réponse difficile à traiter.

Pour les données quantitatives (année d'obtention du diplôme et nombre de formations) cela n'a pas posé de problème. En revanche, pour les questions « Lesquelles ? Citez-les » (au sujet des formations) et « A ce jour, quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour la rééducation périnéale ? » j'ai standardisé mes résultats en les catégorisant. De nombreuses réponses revenaient souvent, j'ai donc créé des catégories comme dans les questions fermées. Pour les réponses plus disparates, je les ai mises dans la case « autres ».

4.4. Perspectives, applications potentiels, piste de poursuite

La rééducation périnéale est particulièrement axée sur le ressenti de la patiente. Avoir son adhésion et sa confiance est essentiel car le thérapeute touche à son intimité et la période du post-partum peut être une période délicate pour la patiente, beaucoup de questions peuvent se poser et il est important de pouvoir la rassurer.

Il serait donc intéressant de connaître le point de vue de la patiente. En effet, pourquoi va-t-elle voir un kinésithérapeute plutôt qu'une sage-femme ou inversement ? Quels sont ses critères de choix ? Les différences de pratiques entre les deux thérapeutes influencent-elles le choix du praticien par la patiente ?

Comme il a été précisé dans l'introduction (cf. 1.2.2.), la rééducation périnéale du post-partum n'aurait pas d'effet à long terme. Il n'existe pas de preuve d'un éventuel rôle préventif de la rééducation du post-partum chez des femmes asymptomatiques pour diminuer le risque de voir apparaître chez elles des symptômes d'incontinence urinaire à moyen ou long terme. Cependant, il serait intéressant de savoir si l'auto-rééducation et l'entretien tout au long de la vie de la femme permettraient d'éviter l'apparition d'incontinence urinaire. Le fait de faire 10 séances après son accouchement ne suffira pas à éviter une incontinence urinaire plusieurs années plus tard. Il serait donc pertinent de proposer un programme d'entretien aux femmes avec des exercices simples d'application à exercer chez elles régulièrement.

De plus, certains thérapeutes pratiquent la rééducation périnéale avant l'attente des 6 à 8 semaines de post-partum recommandée. En effet, l'explication couramment donnée est assez simple, le périnée est trop faible à cause des hormones, la réponse musculaire est donc très limitée, il faudra donc attendre qu'il soit plus fort pour le travailler. Mais pour certains thérapeutes, cette explication n'est pas suffisante et le périnée peut être travailler avant. Il serait donc intéressant de connaître leur point de vue. Il semble pertinent que des études soient menées afin d'évaluer le bénéfice ou le risque de commencer cette rééducation avant 6 semaines de post-partum.

Les études sur la rééducation périnéale du post-partum sont peu nombreuses et le niveau de littérature est plutôt faible. Les recommandations de l'ANAES datent de 2002. Des mises à jour sont vivement attendues afin d'établir un consensus sur la pratique et pouvoir ainsi faire une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'EPP est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (33).

L'objectif d'une EPP étant l'amélioration de la qualité des soins. La qualité des soins est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (33).

Les troubles fonctionnels tels que l'incontinence urinaire sont un réel problème de santé publique et il semble primordial que les patientes reçoivent le meilleur traitement possible.

CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement peuvent être la conséquence de troubles fonctionnels tels que l'incontinence urinaire. Ces troubles sont un réel problème de santé publique. Pour pallier à ce déficit, des séances de rééducation périnéale du post-partum peuvent être prescrites. Le masseur-kinésithérapeute ainsi que la sage-femme sont habilités à pratiquer cette rééducation. Des recommandations ont été faites en 2002 par l'ANAES. Cependant, il n'existe pas de consensus professionnel la concernant.

L'objectif de ce mémoire était donc d'établir un état des lieux de la pratique des kinésithérapeutes et des sages-femmes en matière de rééducation périnéale du post-partum et ainsi connaître leurs critères retenus pour la pratique.

Le but étant d'avoir la meilleure prise en charge possible pour la patiente, il était intéressant de connaître le taux de prise en charge optimale à l'aide de trois critères mentionnés dans les recommandations. A savoir : le commencement des séances après 6 à 8 semaine de post-partum, l'association d'au moins deux techniques de rééducation et la présence du thérapeute pendant toute la séance.

Grâce à ce questionnaire, nous avons pu mettre en évidence l'importance de la formation continue pour cette rééducation. Elle va jouer un rôle fondamental dans l'apprentissage des techniques et le perfectionnement des connaissances. En effet, les kinésithérapeutes ainsi que les sages-femmes s'accordent sur la nécessité de se former continuellement sur cette pratique. Mais l'expérience acquise au cours de leur exercice professionnel va permettre également d'améliorer leur pratique.

La grande différence de pratiques entre les deux professionnels réside principalement dans l'utilisation des techniques. En effet, le kinésithérapeute utilisera principalement la méthode manuelle, le biofeedback ainsi que l'électrostimulation. La sage-femme quant à elle, utilisera majoritairement la méthode manuelle, de façon classique ou grâce à la méthode CMP, l'eutonnie, le biofeedback et l'électrostimulation.

Mise à part cette différence, beaucoup de similitudes sont retrouvées entre les deux professionnels concernant leur prise en charge : la durée des séances, les positions des exercices, l'utilisation du testing, la présence du thérapeute, etc.

La prise en charge optimale de la rééducation périnéale du post-partum est de 67% chez les masseurs-kinésithérapeutes et de 68% chez les sages-femmes (pourcentage de thérapeute associant les 3 critères). Il n'y a donc pas de différence entre les deux professions quant au taux de prise en charge optimale.

L'objectif de l'étude était de comparer les pratiques des deux professions mais en aucun cas de valoriser un corps de métier par rapport à l'autre. Cette rééducation étant pratiquée par les deux professionnels, il me semblait juste d'inclure les deux professions à l'étude. Bien sûr, ils n'auront pas la même approche, ils ne sont pas formés de la même façon et chaque métier a ses spécificités. Ce sera à la patiente de savoir ce qui est le mieux pour elle et avec qui elle se sentira le plus à l'aise.

Certes, les problèmes périnéaux n'engagent pas le pronostic vital mais ils sont très pénibles au quotidien et ont des conséquences dramatiques sur la qualité de vie et l'estime de soi. Ils retentissent sur la vie sociale et sexuelle, et ils représentent un budget important tant pour la sécurité sociale que pour les malades eux-mêmes.

Pour ces raisons, il est important de pouvoir garantir la meilleure prise en charge possible pour la patiente. Une actualisation des recommandations pour la période du post-partum semblerait nécessaire et ainsi obtenir un consensus professionnel sur cette rééducation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum : Recommandations pour la pratique clinique. 2002.
2. Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. Progrès en Urologie. 2016;(26) :237-44.
3. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Oct 2015;(44):1141-6.
4. Code de la Santé Publique. Article R4321-4 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 23/03/19)
5. Code de la Santé Publique. Article R4127-318 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 23/03/19)
6. Bourcier A. La rééducation périnéale [Internet]. 2012. Disponible sur : <https://www.sphere-sante.com> Consulté le 15/01/19)
7. Université médicale virtuelle francophone. Anatomie du périnée féminin. 2011.
8. Richard L. Drake, A. Wayne Vogl, Adam W.M. Mitchell. Pelvis et Périnée. Gray's atlas d'anatomie humaine. Elsevier Masson.
9. De Gasquet. B. Le périnée, qu'est-ce que c'est ? Périnée arrêtons le massacre ! Marabout. p. 27.
10. Anatomie et rôles du périnée [Internet]. Disponible sur : <https://www.arrep.org> (Consulté le 09/12/18)
11. Fritel X, Fauconnier A, de Tayrac R. Prévenir l'incontinence urinaire postnatale par la rééducation périnéale prénatale ? Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Juin 2008;(37) :441-8.
12. Deffieux X. Incontinence urinaire et grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Déc. 2009 ;38(8) : S212-31.
13. ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. 2003.
14. Deffieux X, Billecocq S, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Mécanismes d'action de la rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme. Prog En Urol. Juin 2013;23(8):491-501.
15. Fritel X, Ringa V, Quiboëuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. Acta Obstet Gynecol Scand. Août 2012 ;91(8):901-10.
16. Consoli S.M. Alliance thérapeutique. Annales d'endocrinologie. Déc 2006;67(6):645-7.
17. ANAES. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. 2000.
18. Leriche B., Conquy S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Progrès en Urologie. 2010;(20):104-8.

19. Leclerc R. La rééducation du post-partum. *KS*. Oct. 2006;(470):47-8.
20. Portero H. Education du contrôle périnéal chez la femme. *KS*. févr. 2007;(474):34-6.
21. Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. *La revue Exercer*. Avr 2006;(77):40-4.
22. Fabre-Clergue C, Guillaume S. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. 2014.
23. Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, et al. Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Pelvi-Périnéologie*. Sept 2010;5(3):195-202.
24. Glazener C, MacArthur C, Hagen S, Elders A, Lancashire R, Herbison G, et al. Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. Janv 2014;121(1):112-20.
25. Thubert T, Bakker E, Fritel X. Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. Mai 2015;43(5):389-94.
26. Hilde, Gunvor PT, Staer-Jensen. Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. Déc 2013;122(6):1231-8.
27. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013.
28. De Gasquet. B. Le périnée au quotidien : problèmes et solutions. *Périnée arrêtons le massacre!* Marabout. p. 81-2.
29. Meyer S, Hohlfdl P, Achtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2001;(97):673-7.
30. Bourcier A, Juras J. Les dialogues du périnée. Odile Jacob. 2016. p. 137-8.
31. Code de la Santé Publique. Article R. 4321-62 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 23/03/19)
32. Code de la Santé Publique. Article L.4021-1 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 23/03/19)
33. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle MHU. Source : ANAES, Rééducation dans le cadre du post-partum.

Échelle MHU : mesure quantitative des différents symptômes urinaires.

Score	0	1	2	3	4	Scores
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 min. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes	Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes	Délai de sécurité <2 minutes	Score impériosité fuite =
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel >2h	Intervalle mictionnel De 1 h 30 à 2 heures	Intervalle mictionnel de 1 heure	Intervalle mictionnel de 1/2 heure	Intervalle mictionnel <1/2 heure	Score pollakiurie =
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	Plus de 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite effort =
Autre incontinence	0	en gouttes post-mictionnelles énurésie (> 1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1/semaine)	- énurésie (plusieurs/semaine)	- fuites permanentes goutte à goutte - énurésie (1/jour)	Score autre
Dysurie rétention	0	- dysurie d'attente, dysurie terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme	Score dysurie =

Annexe 2 : Echelle CONTILIFE® : Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie lié à l'incontinence urinaire. Source : ANAES, rééducation dans le cadre du post-partum.

Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne. Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case « non concernée ». Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

	Non concernée					
Question a	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input checked="" type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas. Nous vous remercions de votre collaboration.

► *Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :*

|_| | |_| | |_|
 Jour Mois Année

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1. Lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?		<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
2. Lorsque vous conduisez ou vous	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

faisiez conduire ?					
3. Lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4. Pour faire les courses ou des achats ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

	(Cochez la case de votre choix)				
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	(Cochez la case de votre choix)				
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
7. vous êtes-vous réveillée mouillée ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

SITUATION D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

	(Cochez la case de votre choix)					
	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?		<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?		<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
11. lorsque vous avez eu un fou rire ?		<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

	(Cochez la case de votre choix)				
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
13. avez-vous craint de « sentir mauvais » ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
16. avez-vous dû changer de tenue ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

	(Cochez la case de votre choix)				
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires

	(Cochez la case de votre choix)					
	Je ne porte jamais de protections	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
18. avez-vous été gênée par le fait d'avoir à porter des protections ?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence

	(Cochez la case de votre choix, une par ligne)				
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	En permanence
19. vous êtes-vous sentie découragée ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
20. avez-vous perdu patience ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

21. la crainte d'avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

SEXUALITÉ

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

	(Cochez la case de votre choix, une par ligne)					
	Non concernée	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l'idée d'avoir des rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
26. avez-vous modifié votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

QUALITÉ DE VIE GLOBALE

28. Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ?

(Entourez la case de votre choix)					
1	2	3	4	5	
Mauvaise					Excellente

Annexe 3 : Niveau de preuve et grade de recommandations. Source : HAS 2013, niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 4 : Questionnaire

Questionnaire sur la prise en charge en rééducation périnéale postpartum en milieu libéral

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Agathe Vanoye et je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK d'Amiens. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire sur le thème de la rééducation périnéale en post-natal.

Aujourd'hui, cette rééducation peut être effectuée par un(e) kinésithérapeute ou un(e) sage-femme en milieu libéral.

Mon mémoire a pour principal objectif de faire un état des lieux de la pratique des kinésithérapeutes et des sages-femmes en rééducation périnéale postpartum, en détaillant l'offre de soins de chaque professionnel.

C'est pourquoi je sollicite votre aide précieuse afin de compléter le questionnaire ci-dessous.

Durée approximative : 5 à 10 minutes

Les données seront recueillies de manière totalement anonyme.

Je reste à votre disposition pour toutes interrogations ou suppléments d'informations sur mon étude. (a-gathe@hotmail.fr)

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

*Obligatoire

Pratiquez-vous la rééducation périnéale en postpartum? *

Si vous ne la pratiquez pas, merci de ne pas répondre à la suite des questions. Je vous remercie pour votre participation. Les questions qui vont suivre concernent vos pratiques en rééducation périnéale postpartum actuelles, auprès des patientes que vous avez suivies et qui ont terminé leurs séances.

Oui

Non

SUIVANT

Page 1 sur 9

Généralités

Vous êtes *

Un homme

Une femme

Autre : _____

Vous êtes *

Masseur-kinésithérapeute libéral(e)

Sage-femme libéral(e)

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme? *

Votre réponse

Depuis combien de temps travaillez-vous en milieu libéral ? *

Sélectionner ▼

Depuis combien de temps pratiquez-vous la rééducation périnéale ? *

Sélectionner ▼

Avez-vous suivi des cours de rééducation périnéale en postpartum pendant votre formation initiale ? *

Oui

Non

RETOUR

SUIVANT

Page 2 sur 9

Combien d'heures ? *

	0	< 5h	Entre 5 et 10h	Entre 10 et 15h	Entre 15 et 20h	> 20h
Cours magistraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travaux pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 9

Avez-vous participé à des formations continues ou à des journées de formation concernant la rééducation périnéale ? *

Oui

Non

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 9

Combien de formations différentes avez-vous fait ? *

Votre réponse

Lesquelles ? Citez-les *

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT

Page 5 sur 9

Pour quelle(s) raison(s) ? *

- Manque de temps
- Eloignement géographique
- Coûts
- Non nécessaire
- Autre : _____

RETOUR

SUIVANT

Page 6 sur 9

La pratique

Dans votre travail, quelle part consacrez-vous à la rééducation périnéale postpartum ? *

< 25% Entre 25 et 50% Entre 50 et 75% > 75%

Pourcentage de patientes



A ce jour, votre pratique en rééducation périnéale se base sur : *

- Votre formation initiale
- Votre/vos formation(s) continue(s)
- Votre expérience acquise au cours de votre exercice professionnel
- Ce que vous avez pu trouver dans la littérature et les recommandations
- Autre : _____

Quand débutez-vous la rééducation périnéale postpartum ? *

- Avant 6 à 8 semaines postpartum
- Entre 6 semaines et 16 semaines postpartum
- Après 16 semaines postpartum

A ce jour, quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour la rééducation périnéale ? *

Votre réponse

En moyenne, combien de méthodes utilisez-vous avec une patiente au cours de la totalité des séances ? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pourquoi utilisez-vous ces méthodes ? *

- Facteurs liés à votre pratique (préférence pour une technique, connaissance approfondie d'une technique)
- Facteurs liés à la pathologie de la patiente (parité, dyspasneuries, voie d'accouchement, incontinence anale, urinaire)
- Méthode demandée/souhaitée par la patiente
- Au travers de la littérature et des recommandations
- Autre : _____

Les exercices sont réalisés : *

- Couché jambes fléchies
 - Assis
 - Debout
 - Autre : _____
-

Pratiquez vous le testing des releveurs de l'anus ? *

- Oui
- Non

RETOUR

SUIVANT

Page 7 sur 9

Quand le pratiquez-vous ? *

- En début de rééducation
- En cours de rééducation
- En fin de rééducation

RETOUR

SUIVANT

Page 8 sur 9

Restez-vous avec la patiente pendant toute la séance ? *

- Toujours
- Parfois
- Non

Combien de temps passez-vous en moyenne pour une séance ? *

- < 30 minutes
- 30 minutes
- Entre 30 minutes et 1h
- > 1 heure

RETOUR

ENVOYER

Page 9 sur 9