



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles
Mérieux**

Site de formation maïeutique de Bourg en Bresse

Mémoire de fin d'études de sage-femme

Réducation périnéale du post-partum :

**Etude comparative entre biofeedback et travail
manuel**

COUCHOT Amaryllis
Née le 19 avril 1990

Promotion 2010-2015

Remerciements

- ❖ Aux membres du jury
- ❖ À Monsieur le Docteur JR LAMBERT
Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse
Directeur technique de l'École de sages-femmes de Bourg en Bresse
- ❖ À Madame Nathalie QUEROL
Directrice de l'École de Sages-femmes de Bourg en Bresse
- ❖ À Madame Françoise MOREL
Vice Doyen de l'UFR de maïeutique, sage-femme enseignante et ma guidante de mémoire
- ❖ À Madame Françoise DEVILLE
Sage-femme libérale et ma directrice de mémoire

Remerciements particuliers :

- ❖ À toutes les sages-femmes et leurs patientes ayant participées à ce mémoire
- ❖ À toute l'équipe enseignante de l'École de Sage-Femme de Bourg en Bresse pour leur accompagnement tout au long de mes études de sage-femme
- ❖ À mes camarades de promotion pour ces années passées ensemble
- ❖ À mes parents, mes frères et ma famille pour leurs encouragements
- ❖ À Alexis, Edward, Corentin, Gérald, Pierrick, Fanny, Nicolas et Mélanie pour leur aide ainsi qu'à tous mes amis pour le soutien qu'ils m'ont apporté.

Index des abréviations

AM : Allaitement Maternel

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

ATCD : Antécédent

BFB: Biofeedback

CMP: Connaissance et Maîtrise du Périnée

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

PP: Post-Partum

RP: Rééducation Périnéale

RPP: Rééducation Périnéale du Post-Partum

SF : Sage-Femme

SFL: Sage-Femme Libérale

IU : Incontinence Urinaire

IUE : Incontinence Urinaire d'effort

Sommaire

Introduction	2
Première partie	4
1.1 Périnée, grossesse et accouchement	4
1.2 Grossesse, accouchement et troubles périnéo-sphinctériens	8
1.3 La rééducation périnéale	11
Deuxième Partie	14
2.1 Matériel de l'étude	14
2.2 Méthode de l'étude	15
2.3 Résultats de l'étude	17
Troisième Partie	40
3.1 Critique de l'étude	40
3.2 Discussion autour des résultats de l'étude	44
3.3 Pour aller plus loin	48
Conclusion	50
Références bibliographiques	51
Bibliographie	53

Introduction

Actuellement, les troubles périnéaux-sphinctériens constituent un véritable problème de Santé Publique. En effet, en France, ils concernent environ 3 millions de personnes et engendrent un coût global de 4,6 milliards d'euros [1]. Or, la grossesse et le postpartum sont des périodes de la vie au cours desquelles peuvent apparaître des troubles périnéaux. En effet, au moins 30% des femmes enceintes souffrent d'incontinence urinaire [2]. De plus, la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes en postpartum est estimée entre 15 et 40% à deux mois du post-partum [3]. Remarquons également, que 20% des femmes touchées ont moins de 30 ans.

Conformément à l'article R.4127-318 du Code de la Santé Publique (modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012) et afin de remédier à ce problème, la sage-femme est autorisée à pratiquer «pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 (...) la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement» [4]. La rééducation périnéale du post-partum, c'est-à-dire sur une période qui s'étend jusqu'à un an après l'accouchement [3], est ainsi pratiquée par près de 62% des sages-femmes libérales [5].

La rééducation périnéale peut être réalisée au moyen de différentes méthodes étudiées et décrites dans les recommandations de l'ANAES [6]. On y trouve la description du travail manuel auquel viennent se greffer les exercices du plancher pelvien et la CMP (Connaissances et Maîtrise du Périnée) [7], ainsi que des méthodes de rééducation par sonde vaginale comme l'électrostimulation et le biofeedback ou encore les traitements comportementaux et les cônes. Des recommandations existent et définissent un cadre de prise en charge des patientes nécessitant une rééducation. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus concernant la rééducation périnéale du post-partum (RPP) et aucune technique de rééducation n'a prouvé sa supériorité par rapport à une autre en termes de résultats dans ce domaine [6].

Certaines études ont montré que les séances de rééducation périnéale n'étaient pas toujours bien vécues par les femmes [3]. Effectivement, le thérapeute va toucher à l'intimité de la personne. Par cela, il va souvent se retrouver face à des tabous avec le retour de couches, la reprise de la sexualité, les douleurs de cicatrices périnéales [8]. La RPP reste donc un sujet délicat à aborder dans le suivi des femmes, puisqu'elle s'effectue lors d'une période de remaniements importants pour la femme.

Par ailleurs, les études de sage-femme nous ont amenées à une véritable redécouverte du corps de la femme et des modifications auxquelles il est sujet au cours de la vie. En effet, nous avons pu observer que grossesse, accouchement et allaitement, en plus des activités quotidiennes et des habitudes de vie, modèlent, remodelent, mais aussi lèsent l'anatomie féminine.

Plus particulièrement, nous avons pris conscience du rôle primordial du périnée dans la vie d'une femme et donc de la nécessité de prendre soin de celui-ci.

Ainsi, les stages effectués au cours des études, et notamment ceux pratiqués en milieu libéral, nous ont permis de réaliser l'importance de la rééducation périnéale (RP) dans l'activité des sages-femmes libérales (SFL). Nous avons aussi remarqué que la diversité des méthodes permettait d'offrir un large panel de prise en charge des femmes.

C'est en nous intéressant justement à ce large choix de méthodes que nous avons été amenées à faire l'observation suivante : en plus des séances de rééducation pratiquées au cabinet,

certaines sages-femmes insistent auprès des femmes sur l'importance de travailler seules leur périnée au moyen d'exercices réalisés tous les jours, à domicile. Il s'agit d'orienter les femmes vers une attitude d'*auto-prise en charge* de leur périnée. Ces SFL poursuivent l'idée d'instaurer des automatismes qui vont permettre la mise en place d'une nouvelle « hygiène périnéale ».

Nous nous sommes donc interrogées sur la place du travail personnel de la part des femmes lors de la rééducation périnéale appliquée au post-partum. L'instauration d'une auto-prise en charge permet-elle d'offrir de meilleurs résultats finaux sur l'amélioration des troubles du PP (post-partum) ? La prise de conscience du rôle périnéal diffère-t-elle selon la technique utilisée ? Apporte-t-elle un meilleur vécu des séances de rééducation pour la patiente qui en bénéficie ? Qu'en est-il des résultats ? Quelle comparaison possible vis-à-vis des autres techniques de RPP qui n'incluent pas le même travail à domicile ?

Nous approfondirons cette réflexion au travers de ce mémoire de fin d'études en tentant de répondre aux objectifs suivants :

- comparer les efficacités des méthodes avec un travail personnel plus ou moins nuancé selon la technique employée
- déterminer si l'une ou l'autre des techniques améliore le vécu et le ressenti des femmes concernant la RPP.

Nous présenterons donc une étude comparative entre des techniques de RPP. Nous effectuerons notre recherche au moyen de questionnaires diffusés auprès de la patientèle de sages-femmes installées dans le milieu libéral et utilisant l'une ou l'autre des méthodes décrites précédemment.

Première partie

1.1 Périnée, grossesse et accouchement

1.1.1 Rappels anatomiques sur le périnée

Le terme « périnée » désigne l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne en sa partie basse. [3] [9] [10]

Celui-ci représente une région en forme de losange dont les sommets sont symbolisés par :

- en haut : la symphyse pubienne,
- en arrière : le coccyx,
- latéralement : les tubérosités ischiatiques.

La ligne transverse passant par les deux tubérosités ischiatiques délimite deux zones :

- en avant, le périnée antérieur comprenant la région urogénitale avec les organes génitaux externes féminins, l'ostium externe de l'urètre en avant avec les glandes de Skène de chaque côté, le vagin en arrière dont l'orifice inférieur est partiellement obturé par l'hymen chez la femme vierge, les glandes de Bartholin (ou glandes vestibulaires majeures) au tiers moyen inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres.
- en arrière, le périnée postérieur (la région anale) comprenant le canal anal.

Les aponévroses et les différents muscles du périnée s'organisent en trois plans :

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

Le plan superficiel

Il se compose de quatre muscles au niveau du périnée antérieur:

- le muscle ischio-caverneux : c'est un muscle pair et symétrique. Il s'insère sur la branche ischio-pubienne ascendante et au niveau de la racine du corps caverneux. Il se divise en deux faisceaux qui enveloppent le corps caverneux. Ces deux faisceaux se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant ainsi les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux.
- le bulbo-caverneux : c'est un muscle pair et symétrique qui recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande de Bartholin. La partie large s'insère en arrière sur le centre tendineux du périnée et la partie avant plus étroite s'insère en avant au niveau du clitoris et se divise en deux faisceaux: le faisceau supérieur se fixe sur le ligament suspenseur du clitoris et le faisceau profond s'insère sur la face dorsale du clitoris. Certaines fibres musculaires se prolongent avec celles du côté opposé et forment ainsi la sangle musculaire du clitoris ou muscle de Houston.
- le muscle transverse superficiel : c'est un muscle pair et superficiel. Il s'insère de la face interne de la branche ischio-pubienne et termine sur le centre tendineux du périnée.

- le muscle constricteur de la vulve qui se situe en dedans du muscle bulbo-caverneux et de la glande de Bartholin. Il trouve son origine en arrière du centre tendineux du périnée et se termine dans l'espace uréthro-vaginal.

Au niveau du périnée postérieur, on trouve :

- le sphincter externe de l'anus est constitué de deux arcs qui se réunissent en avant et en arrière, formant un manchon musculaire qui entoure le canal anal. Il est composé de trois sphincters : profond, moyen et superficiel.
- la partie antérieure de l'aponévrose superficielle du périnée.

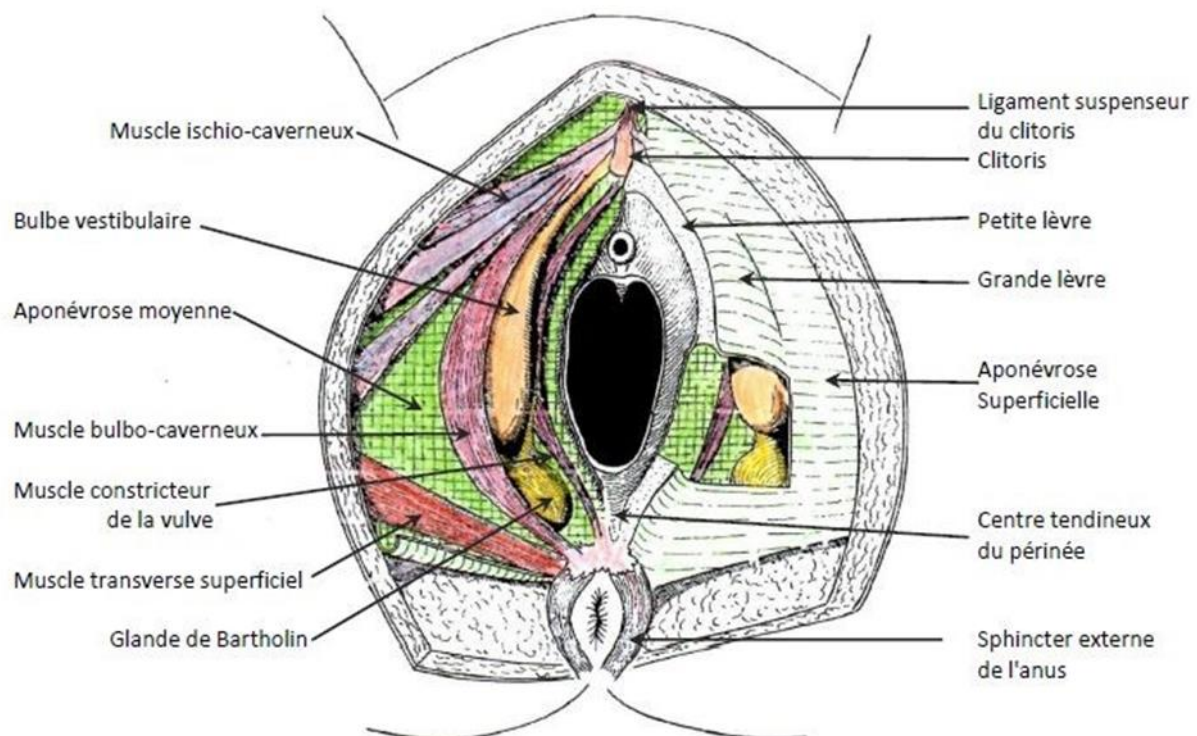


Schéma 1 : Le périnée superficiel

Le plan moyen

Il est séparé du plan précédent par l'aponévrose périnéale moyenne et se compose de deux muscles :

- le muscle transverse profond : c'est un muscle pair, symétrique, de forme triangulaire et recouvert par les fascias supérieur et inférieur du diaphragme pelvien. Il s'insère sur les branches ischio-pubiennes au-dessus des muscles transverse et ischio-caverneux ainsi que dans le centre tendineux du périnée.
- le sphincter externe de l'urètre : il s'agit d'un manchon musculaire dont seules les fibres entourent l'urètre et se prolongent dans les parois latérales du vagin et dans le centre tendineux du périnée.

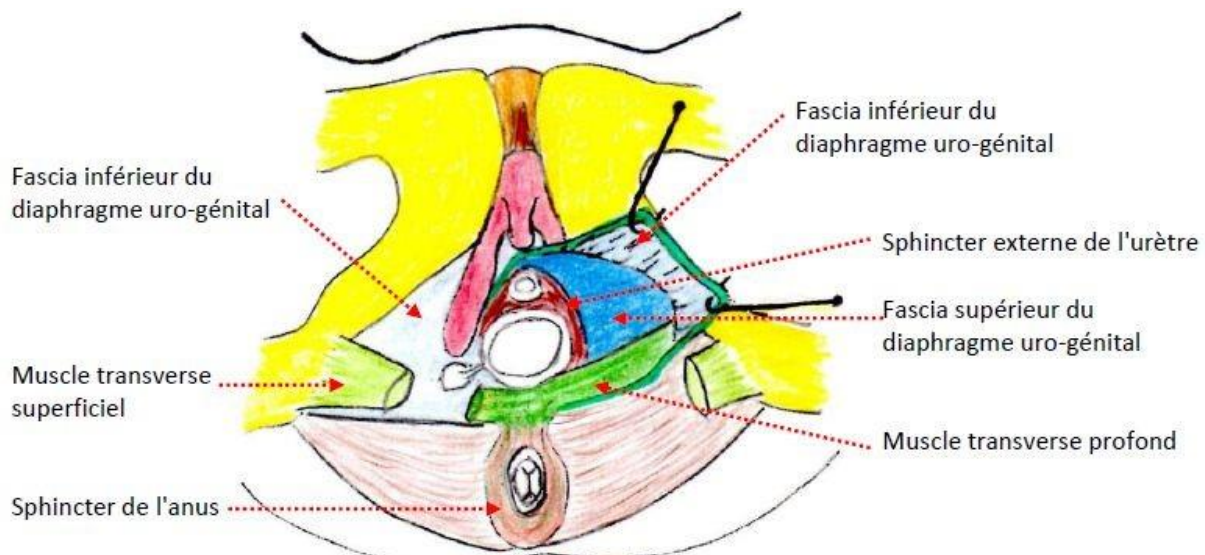


Schéma 2 : Le plan moyen du périnée

Le plan profond

Il est également appelé « diaphragme pelvien ». Il regroupe les muscles élévateurs de l'anus :

- le muscle pubo-vaginal : il se dirige de manière presque verticale, en bas et en arrière, à partir de la face postérieure du pubis. Ses fibres constituent en majeure partie le centre tendineux du périnée.
- le muscle pubo-rectal : c'est le faisceau le plus puissant du muscle élévateur de l'anus. Il s'insère sur la face postérieure du pubis puis croise le rectum et se termine au niveau du sphincter externe de l'anus. Il se divise alors en 2 faisceaux : le faisceau latéro-rectal et rétro-rectal.
- le muscle ilio-coccygien : muscle mince, statique, situé en arrière du précédent. Il s'insère latéralement sur l'épine ischiatique et sur le fascia du muscle obturateur interne en formant l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ses fibres s'orientent de dehors en dedans et en arrière sur les ligaments ano-coccygien et sur les bords latéraux du coccyx.
- le muscle pubo-coccygien : au-dessus des deux précédents. Il suit un trajet longitudinal du pubis au coccyx, en avant du précédent sur la portion antérieure de l'aponévrose obturatrice et à la face postérieure du pubis jusqu'au raphé ano-coccygien.

S'ajoute à ce groupe musculaire le muscle coccygien de forme triangulaire qui est localisé en arrière du muscle élévateur de l'anus. Il s'étend de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et du coccyx.

Il ferme la cavité pelvienne en arrière en complément de l'élévateur.

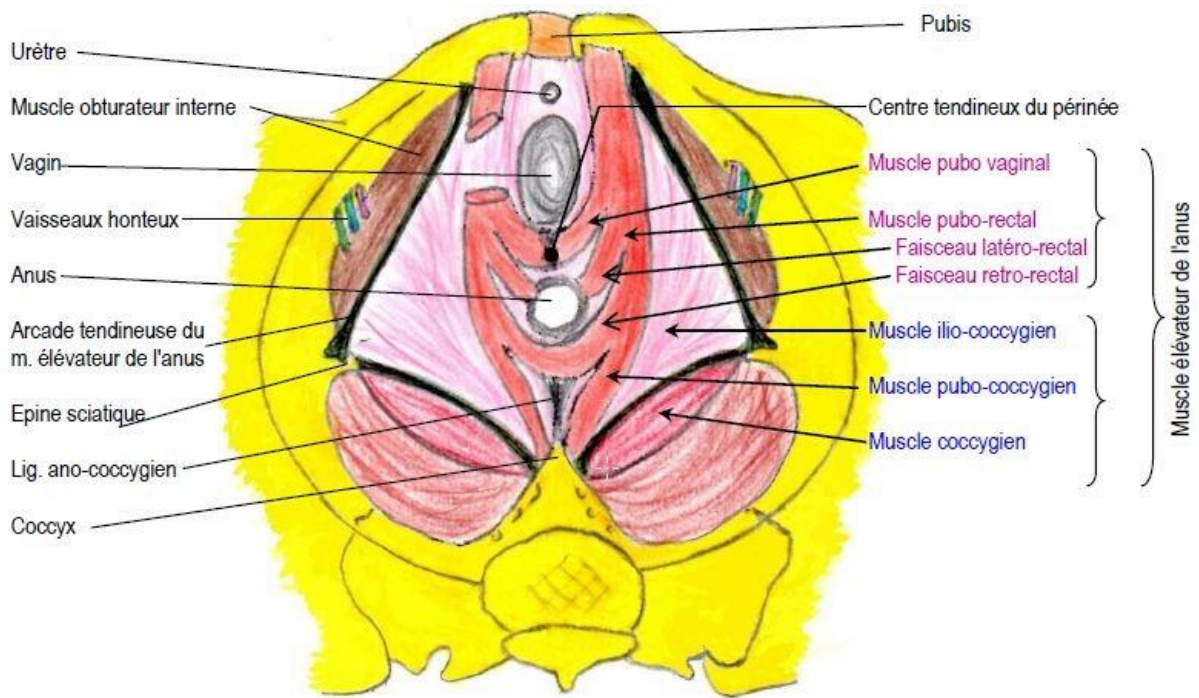


Schéma 3 : Le plan profond du périnée ou diaphragme pelvien

Innervation

Les organes génitaux externes et le périnée sont essentiellement innervés par le plexus pudendal. Celui-ci se divise en différentes collatérales et se termine par le nerf pudendal. La collatérale la plus volumineuse est le nerf périnéal qui se divise en deux branches : superficielle et profonde.

1.1.2 Fonctionnalité

Le périnée joue un rôle essentiel dans le soutien musculaire des organes pelviens. Cela est permis également par les structures ligamentaires du petit bassin qui ont un effet « suspensif » et grâce au fascia endopelvien qui a un rôle « cohésif ». C'est un tissu conjonctif en rapport avec les releveurs de l'anus et les parois antérolatérales du vagin [11]. Tout ce système permet le soutien de la vessie, de l'urètre, de l'utérus et du vagin. L'urètre et le col vésical sont soutenus par l'arcade tendineuse du fascia pelvien, la paroi vaginale antérieure et le muscle élévateur de l'anus.

C'est donc l'ensemble des muscles et des tissus conjonctifs avoisinants qui permet à l'urètre de résister à la force descendante entre autres générée par l'augmentation de la pression abdominale, notamment lors d'efforts respiratoires, de toux ou d'éternuements. C'est ce rôle de soutien qui confère au périnée son importance dans la continence urinaire.

La continence anale est également liée au périnée mais est plus précisément liée à la fonction des sphincters anaux (internes et externes), le sphincter externe faisant partie du périnée comme nous l'avons vu précédemment [5].

Cependant, le tonus du périnée et l'équilibre des structures pelviennes peuvent facilement être bouleversés lors de la grossesse et de l'accouchement.

1.2 Grossesse, accouchement et troubles périnéo-sphinctériens

1.2.1 Modifications physiologiques

La grossesse et l'accouchement entraînent des remaniements physiologiques non négligeables sur le périnée. En effet, des phénomènes mécaniques et hormonaux vont agir sur celui-ci [9].

- Phénomènes mécaniques

En dehors de la grossesse, l'utérus est antéversé et antéfléchi chez la plupart des femmes (parfois position rétroversé). Ainsi, les forces exercées par celui-ci sur le périnée sont orientées vers la région ano-coccygienne. Ce sont donc les groupes musculaires du périnée postérieur et du plancher pelvien qui exercent principalement le rôle de soutien.

Cependant, ces forces s'exercent différemment lorsque l'utérus est gravide. En effet, avec l'avancée de la grossesse, l'utérus va se déplacer vers l'avant et subir une augmentation de volume, ce qui aura pour effet d'orienter les forces plus en avant, au niveau de la fente vulvaire. Il faut donc que le tonus des muscles du centre tendineux et des élévateurs soit suffisant pour exercer efficacement le rôle de soutien.

- Phénomènes hormonaux et viscéraux

Les bouleversements hormonaux qui ont lieu pendant la grossesse provoquent entre autres une inhibition des systèmes fibro-ligamentaires et ostéo-ligamentaires permettant l'élongation et la distension des structures constituant le bassin mou. Le tonus musculaire est donc moins important qu'en dehors de la grossesse.

De plus, l'organisation des organes du petit bassin est modifiée : l'urètre se distend, la vessie prend une place au niveau abdominal et son volume est augmenté. Les pressions qui en dépendent s'en trouvent donc également accrues. Le col utérin change également d'orientation et regarde davantage vers l'avant.

En résumé

Avec la grossesse et son avancement, le périnée antérieur et superficiel subit davantage de force et de pressions dues aux modifications physiologiques. De plus, du fait de l'imprégnation hormonale, les muscles et ligaments sont plus lâches, le tonus y est moins important. Le tonus du périnée s'en trouve donc fragilisé.

1.2.2 Le traumatisme obstétrical

L'accouchement entraîne inévitablement des modifications et/ou des lésions du périnée et les conséquences sont d'autant plus importantes en cas d'extractions instrumentales lors de dystocies [11]. Cependant, les femmes ayant eu un accouchement par césarienne peuvent également être sujettes à des troubles périnéaux sphinctériens ainsi qu'à des altérations de leur périnée [3]. Ceux-ci sont dûs à la grossesse qui a entraîné des modifications physiologiques de leur corps et donc du périnée comme nous l'avons vu précédemment.

- Mise à l'épreuve des systèmes de soutien pelvien

Lors du travail et de l'accouchement, l'équilibre pelvien déjà fragilisé par la grossesse va être davantage altéré [9] [11]:

- étirement des structures ligamentaires pelviennes
- atteinte des fascias endopelviens
- altération du tonus de base et la capacité contractile des muscles du périnée

Ceci est la conséquence du passage du fœtus au travers des différentes structures, principalement lors de la deuxième phase du travail où la présentation fœtale va appuyer fortement sur les structures périnéales et au moment de l'expulsion où tous les efforts de poussée s'effectuent vers le bas et où la présentation va amplifier le périnée postérieur puis antérieur.

Les lésions résultant de l'accouchement (éraillures déchirures périnéales de degré variable) peuvent causer différents troubles périnéaux dont la sévérité sera variable.

- Les facteurs de risques des troubles périnéo-sphintériens

En plus des bouleversements physiologiques liés à la grossesse et l'accouchement, la littérature répertorie différents types de facteurs de risque. [1] [6]

- Facteurs généraux : ce sont ceux liés à l'âge maternel, les facteurs génétiques et constitutionnels (obésité, qualité des tissus, origine ethnique asiatique et indienne), l'hygiène de vie (le tabac avec la laxité des tissus engendrée par la nicotine, les toux chroniques, certains sports, professions avec port de charge...) [12]
- Facteurs obstétricaux : la primiparité, la prise de poids importante pendant la grossesse, la macrosomie (par l'augmentation du périmètre crânien et du bipariétal), la durée de la 2^{ème} phase de travail prolongée (plus de 2 heures de stagnation), l'analgésie péridurale (par augmentation de la durée de la 2^{ème} phase de travail et la diminution du tonus musculaire ce qui entraîne des dystocies), les efforts expulsifs prolongés et/ou sur vessie pleine, les extractions instrumentales, les présentations postérieures et principalement le dégagement en occipito-sacré, les déchirures périnéales du 3^{ème} ou 4^{ème} degré, l'expression abdominale (actuellement contre indiquée) [13].

- Les troubles périnéo-sphinctériens du post-partum [6][9]

Pendant la période du post-partum, les troubles suivants sont fréquemment retrouvés :

- L'incontinence urinaire :
 - d'effort (la plus retrouvée en période du post-partum) se caractérisant par une fuite involontaire d'urine survenant à la suite d'un effort (toux, éternuement, course...) et qui n'est pas précédée du besoin d'uriner.
 - d'impériosité, c'est-à-dire la perte involontaire d'urine précédée par un besoin urgent et non inhibable d'uriner, pouvant survenir au repos et sans notion d'effort.
 - mixte, associant les 2 précédentes.
- L'incontinence anale
- Les dyspareunies (=les douleurs lors des rapports)
- Les prolapsus (= les descentes d'organes)
- Les béances vulvaires

En résumé

Les troubles concernant la période du post-partum sont nombreux et variables en termes de degré de gravité et de gêne ressentie par les femmes. Cette variabilité dépend des facteurs de risques précédemment cités et des tolérances personnelles.

La consultation du post-partum, réalisée environ un mois et demi après l'accouchement, permet après un interrogatoire et un bilan clinique rigoureux, d'orienter la femme vers une prise en charge adaptée des troubles auxquels elle peut être sujette. C'est l'intérêt de la rééducation périnéale du post-partum.

1.3 La rééducation périnéale

1.3.1 Définitions

La loi décrit la rééducation périnéale effectuée à la suite ou à distance d'un accouchement comme faisant partie des compétences de la sage-femme [4]. Ainsi, la RP tient une grande place dans l'activité des SFL [5]. Il s'agit d'une prise en charge de la patiente « fondée sur une éducation périnéale et rééducation ciblée par un thérapeute en fonction des facteurs de risque et/ou des troubles observés » [1] [5]. Il peut donc s'agir d'un traitement thérapeutique mais également à visée prophylactique. Le protocole de prise en charge de la patiente est donc établi en fonction du tableau clinique que celle-ci présente, c'est pourquoi il est inscrit dans les recommandations de l'ANAES que la rééducation ne doit commencer qu'après avoir effectué un bilan initial avec une anamnèse doublée d'un examen clinique.

Il s'agira ensuite de proposer à la patiente des exercices sur le plancher pelvien qui vont permettre la diminution des troubles périnéaux en agissant sur le tonus musculaire, c'est à dire en lui apportant force, résistance et endurance [3]

L'objectif final de cette prise en charge étant d'obtenir le *verrouillage périnéal*. Il s'agit d'établir une tonicité suffisante pour permettre le contrôle du périnée, réalisé par la patiente, lors d'efforts abdominaux [9][5].

Cas de la rééducation périnéale du post-partum (RPP)

La rééducation périnéale du post-partum désigne la prise en charge du périnée sur une période qui s'étend jusqu'à un an maximum après l'accouchement. Elle débute en pratique juste après la visite post natale (au moment où elle est généralement prescrite), c'est-à-dire autour de 6 à 8 semaines après la naissance de l'enfant [6]. Ce délai permet l'attente du retour de couches (en l'absence d'allaitement maternel exclusif) et en outre une récupération physiologique d'une partie du tonus musculaire périnéal [1] [3].

Toutefois, il paraît nécessaire, en théorie, d'attendre le sevrage de l'enfant en cas d'allaitement maternel (AM) du fait de l'imprégnation hormonale qui y est associée et qui favorise le relâchement des muscles pelviens [1]. Pourtant, en pratique, les SFL ne semblent pas considérer l'AM comme un obstacle à la réussite de la RPP.

Selon certains auteurs, la RPP doit être prescrite si on trouve des déficiences dans une des trois dominantes après l'accouchement : périnéale, pelvi-rachidienne et abdominale ; s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque chez la patiente ou une incoordination entre le verrouillage périnéal, la contraction abdominale et la posture pelvi-rachidienne (= inversion de commande) [1].

1.3.2 Les méthodes

Dans les recommandations de l'ANAES, de nombreuses méthodes sont décrites : le travail manuel, les exercices du plancher pelvien, le biofeedback, l'électrostimulation fonctionnelle, les traitements comportementaux et les cônes vaginaux.

La plupart des études conduites pour l'ANAES à propos de ces méthodes n'apportent pas de preuve scientifique sur la supériorité en termes d'efficacité sur l'une ou l'autre des méthodes que d'autres, excepté pour les cônes, comme nous le verrons par la suite.

- Le travail manuel et exercices du plancher pelvien

Il s'agit pour la patiente, de faire travailler les différentes zones du périnée avec l'aide du thérapeute par le biais du toucher vaginal. Cette technique repose sur la stimulation par le toucher des différents muscles périnéaux, leur mise en tension, l'apprentissage du verrouillage périnéal et permet à la fois le contrôle de la contraction musculaire par le thérapeute.

Les exercices du plancher pelvien s'effectuent de la même façon et peuvent aussi se pratiquer seule par la patiente. [1] [6]

La méthode de CMP [7] vient s'ajouter à ce type de travail périnéal. En effet, cette technique élaborée par une sage-femme libérale, Dominique Trinh Dinh, consiste en une méthode de rééducation périnéale manuelle à laquelle est ajoutée un travail de visualisation des différentes régions du périnée à partir d'images (l'entrée du vagin est par exemple représentée par l'image d'une grotte). Cette méthode facilite, pour la patiente, la prise de conscience de cette partie souvent inconnue de son anatomie [3].

- Le biofeedback

C'est une technique largement répandue en rééducation du post-partum.

Il s'agit d'une technique de rééducation périnéale instrumentale qui permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien au moyen d'un rétrocontrôle sur un écran relié à la sonde vaginale. En effet, lorsque la patiente contracte le périnée, l'appareil en matérialise l'effet et le rend visuellement accessible à la patiente. Cela permet à celle-ci de prendre conscience du fonctionnement musculaire de son périnée et de le moduler, voire le corriger autant que nécessaire [1] [3] [6].

- L'électrostimulation fonctionnelle

Cette méthode de rééducation utilise la stimulation électrique via une sonde intra-vaginale qui provoque la contraction passive des muscles du périnée. L'appareil relié à la sonde peut délivrer différentes sortes de courants électriques d'intensité variable ce qui permet de cibler différentes régions et faisceaux musculaires et de faire varier le type de contraction. Le thérapeute peut donc moduler la contraction périnéale en fonction de l'effet thérapeutique souhaité.

Cette technique se heurte cependant à quelques contre-indications [1] [6] telles que la grossesse, le port de stimulateurs cardiaques (pace-makers), les infections vaginales, les lésions périnéales nerveuses avec un potentiel de régénération nerveuse (ce qui est bien souvent le cas en période de post-partum).

- Les traitements comportementaux

Cette méthode est basée sur la prise de conscience des habitudes mictionnelles des patientes (délais, fréquences des mictions) reportées sur un calendrier mictionnel. Elle est aussi associée aux exercices du plancher pelvien. Elle est généralement employée chez les femmes de plus de 55 ans pour améliorer une incontinence urinaire d'effort ou d'impériosité, d'après la description établie dans les recommandations de l'ANAES.

- Les cônes

Cette technique consiste à utiliser des dispositifs intra-vaginaux appelés « cônes vaginaux » de taille identique mais de poids différent. La patiente va contracter les muscles du plancher pelvien pour maintenir ces cônes en place dans le but d'augmenter la force des muscles du plancher pelvien. Cependant, il s'agit d'une technique difficile à suivre pour les patientes et les études retrouvées dans la littérature à ce sujet conduisent à émettre des réserves quant à l'utilisation de cette technique [6].

- La rééducation dite « globale » [3] [11]

Il s'agit cette fois de replacer le périnée dans sa fonction corporelle « globale ». En effet, nous avons vu que les muscles du périnée ont un rôle de soutien. Ce rôle ne peut être optimal que si l'équilibre avec et entre les structures qui l'entourent (rachis, bassin, muscles abdominaux) est établi. En effet, la posture et la statique dorsolombaire sont des éléments qui jouent beaucoup sur la fonction périnéale du fait de la pesanteur et des pressions thoraco-abdominales exercées. C'est pourquoi le sport et les exercices abdominaux sont déconseillés avant la remise en place du tonus périnéal.

Il paraît donc important de sensibiliser les femmes à l'intérêt d'adopter une bonne posture et de retrouver un équilibre « global » afin de préserver une bonne fonction périnéale.

C'est le travail effectué par certaines sages-femmes avec l'eutonnie ou la méthode De Gasquet.

Deuxième Partie

2.1 Matériel de l'étude

2.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, descriptive, prospective et comparative réalisée auprès de deux populations de patientes :

- une première population en RPP par méthode manuelle
- une seconde population en RPP par biofeedback

L'enquête a été effectuée par questionnaire proposé aux patientes des deux groupes [Annexe I]. Les patientes étaient informées de la finalité de l'enquête, de son caractère anonyme et n'y participaient que de manière volontaire.

2.1.2 Site de l'étude

L'étude a été réalisée chez des sages-femmes libérales. Au départ, le territoire d'enquête se limitait aux départements de l'Ain (Bourg en Bresse, Montrevel, Ceyzériat, St Didier sur Chalaronne) et du Rhône (Lyon, Cogny, Les Chères), mais nous avons finalement décidé de l'étendre jusqu'en Isère (Vienne, Chamagnieu) et en Saône et Loire (Chauffailles) afin d'obtenir un effectif plus important de patientes.

Les questionnaires étaient diffusés soit par courrier postal, par e-mail ou remis en main propre aux SFL. Ces dernières le transmettaient aux patientes qui correspondaient à nos critères.

2.1.3 Populations étudiées

Afin d'obtenir deux groupes homogènes et superposables de patientes et limiter ainsi les biais, les critères suivants ont été mis en place afin de définir les deux populations :

- le critère d'inclusion rassemble toutes les patientes qui bénéficient d'une rééducation périnéale du post-partum par travail manuel ou biofeedback, avec une parité inférieure ou égale à 3, d'un âge inférieur à 35 ans.
- les critères d'exclusion correspondent aux naissances par césarienne prophylactique ou en cours de travail avant 5cm, aux grossesses multiples, aux lésions périnéales anatomiques ou neurologiques préexistantes avant l'accouchement, à l'utilisation de plusieurs méthodes de rééducation périnéale chez une même patiente.

2.2 Méthode de l'étude

2.2.1 Objectifs et variables recueillies

Ce travail de recherche a pour but de répondre aux objectifs suivants :

- comparer l'efficacité des deux méthodes, c'est à dire observer une différence d'amélioration des troubles périnéaux sphinctériens
- déterminer s'il existe une différence dans le vécu de la RPP.

2.2.2 Recrutement et échantillonnage

Nous avons commencé par rechercher des SFL pratiquant soit une méthode manuelle de RPP soit du biofeedback. Les SFL correspondant à ces critères ont été contactées par e-mail ou par téléphone du 1^{er} aout 2014 au 1^{er} octobre 2014. Leurs coordonnées ont été trouvées dans l'annuaire, dans les hôpitaux où nous sommes allés en stage (le Centre Hospitalier de Bourg en Bresse et l'Hôpital Nord-Ouest de Villefranche) ou par relation.

Les sages-femmes libérales recrutées étaient libres de contribuer à l'étude en faisant participer leur patientèle après avoir été informée de l'objectif de l'enquête et des critères de sélection. L'échantillonnage des populations de patientes a été effectué du 1er septembre au 31 décembre de l'année 2014.

Au final :

Sur la cinquantaine de SFL contactées :

- 7 sages-femmes pratiquant la RPP par méthode manuelles ont accepté de participer à l'étude et donc de transmettre le questionnaire à leur patientèle. Ce qui nous a permis d'obtenir 30 questionnaires exploitables.
- 4 sages-femmes pratiquant la RPP par biofeedback ont également accepté de faire participer leur patientèle à ce travail. Nous avons ainsi obtenu 28 questionnaires.

2.2.3 Recueil de données

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire auquel devaient répondre les patientes des sages-femmes libérales recrutées. Les SFL remettaient le questionnaire à leurs patientes à la fin des 10 séances de RPP si celles-ci correspondaient aux critères de l'étude, et me retournaient les questionnaires complétés. L'échange se faisait en main propre ou par courrier.

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les variables correspondant aux données suivantes seront recueillies :

- le profil de la patiente et les facteurs de risque périnéaux qu'elle présente
- les troubles périnéaux sphinctériens présents après leur dernier accouchement et leur évolution après la RPP
- le ressenti, le vécu et la satisfaction des patientes à propos de la RPP

Les patientes complétaient le questionnaire après une dizaine de séances de rééducation ou en fin de rééducation si celle-ci durait moins de 10 séances et si l'objectif était atteint, ce qui a été le cas pour une patiente en travail manuel où l'objectif a été atteint après 7 séances.

Nous préciserons que le recueil de données a été réalisé de manière anonyme à l'aide du logiciel Excel.

2.3 Résultats de l'étude

Les résultats statistiques présents dans cette sous partie ont été analysés en adaptant les tests statistiques du Khi2 et de Fisher aux effectifs de notre étude.

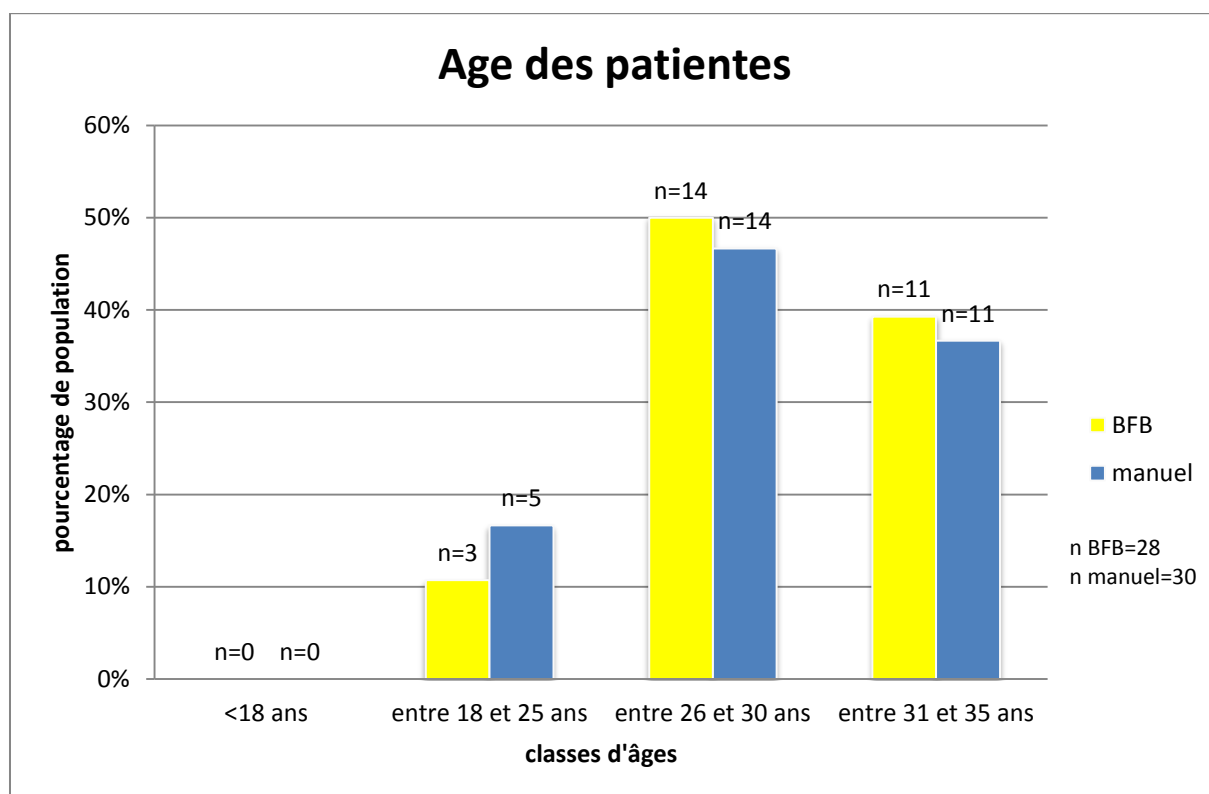
2.3.1 Comparaison des échantillons de populations

Tout d'abord, il s'agit d'évaluer si les populations « travail manuel » et « BFB » sont comparables, c'est-à-dire qu'aucun des échantillons ne doit présenter de facteur périnéal surajouté par rapport à l'autre. Cela nous permettrait d'obtenir des observations et analyses d'une pertinence optimale à partir de la comparaison des résultats obtenus pour les deux méthodes de RPP.

- **Au niveau du profil des patientes dans les deux populations**

➤ L'âge des patientes

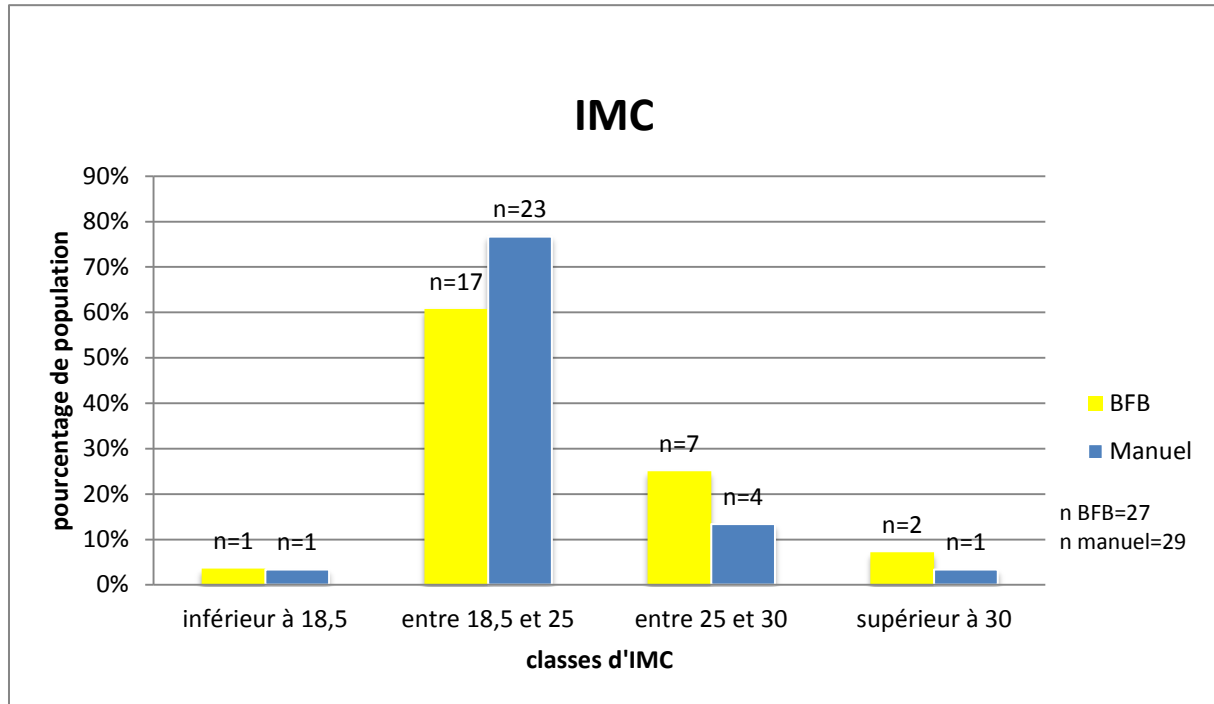
Nous avons recueilli l'âge des patientes et nous l'avons présenté sous formes de classes d'âge.



Le graphique nous montre que les groupes d'âges sont répartis de manière homogène entre les deux populations. Par ailleurs, les tests de Fisher effectués avec chaque effectif n'indiquent aucune différence significative sur la composition des échantillons. La moyenne d'âge pour les deux groupes se situe dans la classe « 26 et 30 ans ».

➤ L'IMC avec sa répartition dans chaque groupe de RPP

Nous avons recueilli les tailles et poids des femmes participantes, puis à partir de ces données nous avons calculé l'IMC de chacune d'elles. Nous avons groupés les différents IMC calculés selon les classes suivantes : maigreur (<18,5), normal (de 18,5 à 25), surpoids (de 25 à 30) et obésité (>30). Une patiente du groupe BFB et une patiente du groupe travail manuel n'ont pas répondu.



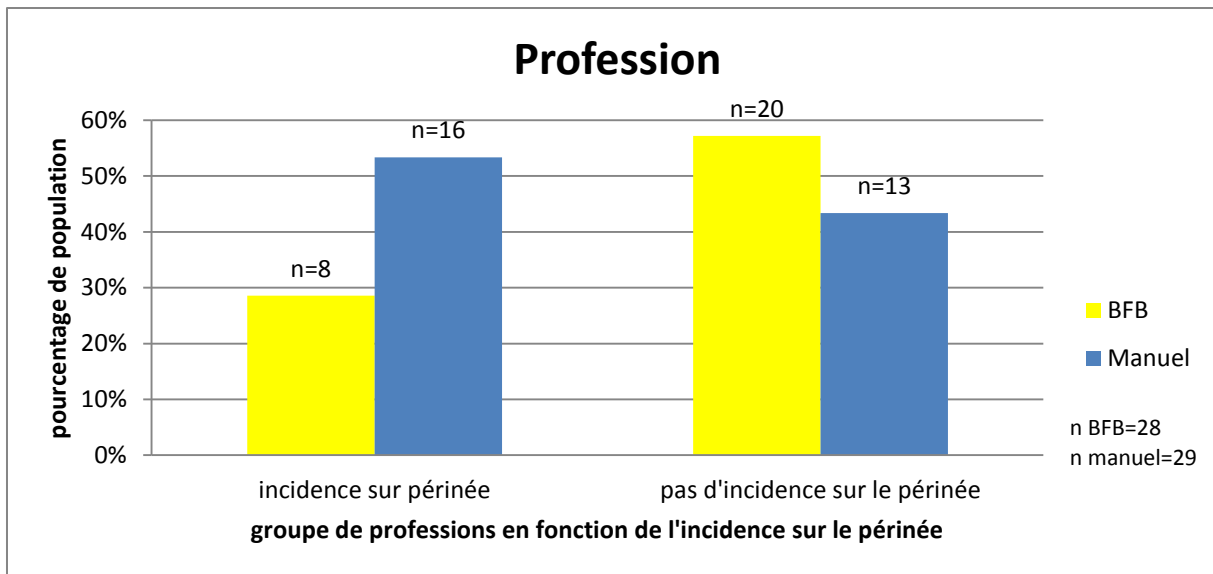
Nous avons retrouvé une répartition homogène dans les deux groupes. Chacun des calculs statistiques effectués ont permis de retrouver un $p > 0.05$.

En moyenne, l'IMC se situe entre 18,5 et 25, ce qui représente un indice normal.

➤ La profession exercée

Nous nous sommes renseignées sur la profession des patientes. Nous nous sommes surtout employées à regrouper les professions qui peuvent entraîner des effets néfastes pour le périnée. Nous avons considéré comme telles les professions nécessitant : une station debout prolongée, un piétinement, celles occasionnant un port de charge ou tout effort de poussée abdominale fréquent.

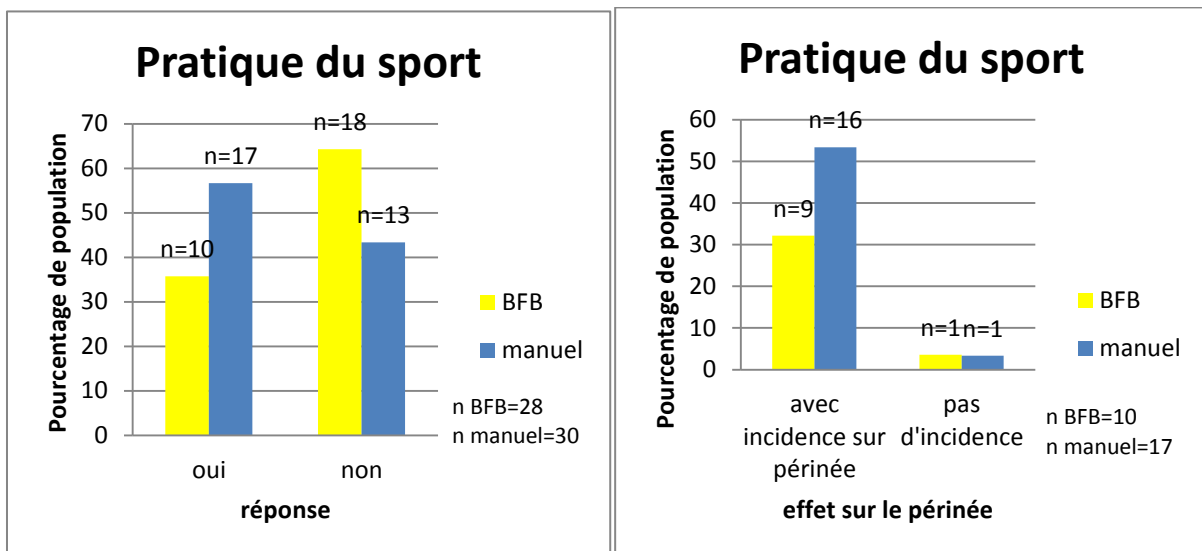
Une patiente du groupe travail manuelle était sans profession. Nous ne l'avons donc pas incluse à nos statistiques concernant cette question.



Les deux échantillons présentent une composition superposable concernant la profession des patientes d'après le test du Khi2 ($p=0.06$).

➤ La pratique d'un sport et son incidence sur le périnée.

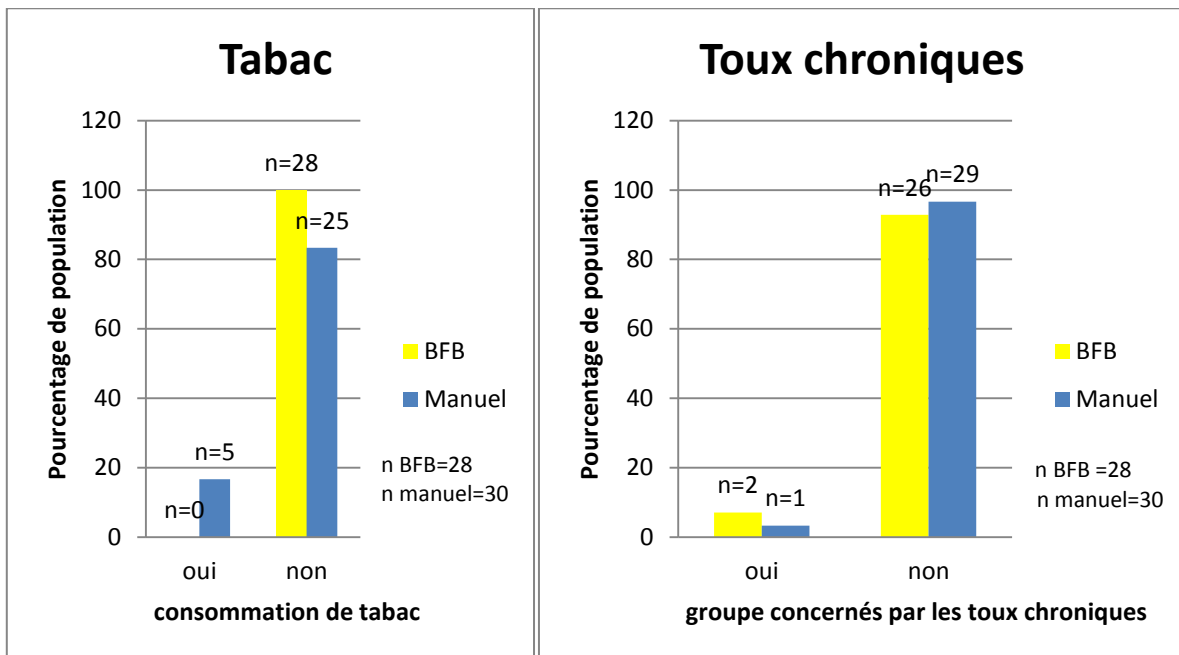
Nous avons considéré que les sports pratiqués par les femmes participantes à l'étude (course, vélo, fitness, zumba, gymnastique...) jouaient un rôle délétère pour le périnée s'ils engendraient des sauts, des à-coups ou des efforts de poussée abdominal. Ainsi, seule la natation, pratiquée par une femme du groupe BFB et une femme du groupe travail manuel, n'a pas été incluse dans le groupe des sports exerçant une incidence sur le périnée.



Les tests statistiques n'ont démontré aucune différence significative concernant la pratique d'un sport pour les deux groupes. Il n'y a donc pas de facteur périnéal surajouté dans l'un des deux échantillons.

➤ Le tabagisme et les toux chroniques (=facteur de risque périnéal)

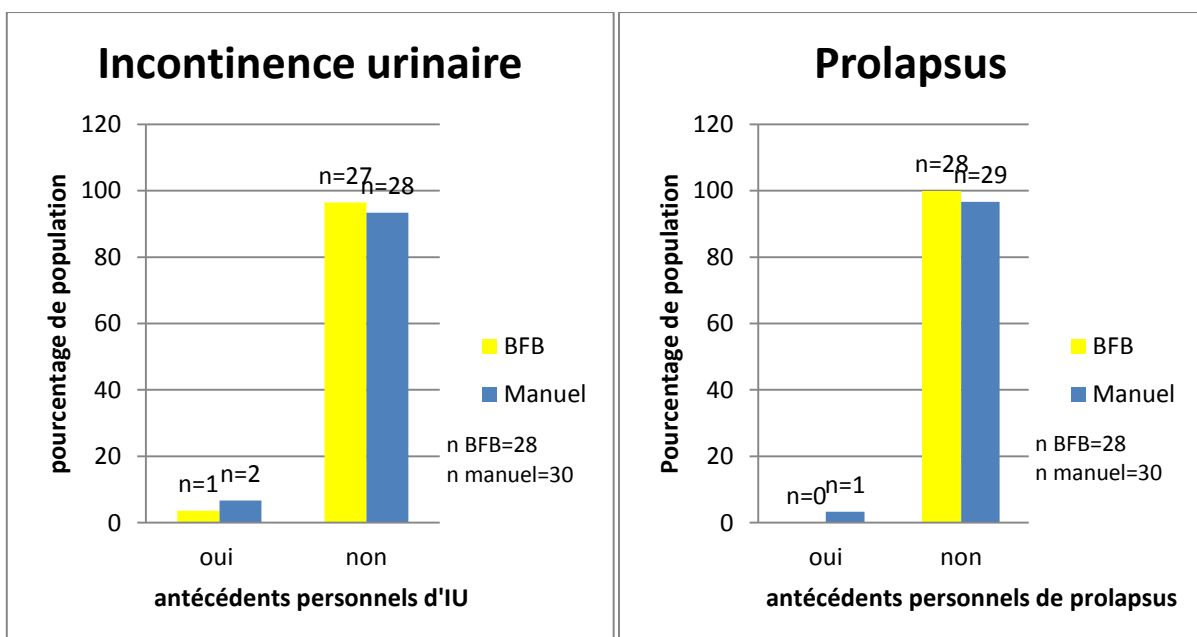
Nous avons évalué le nombre de femmes qui consomment du tabac et qui souffrent de toux chroniques.



Les deux items sont répartis de manière similaire pour les deux populations, car les tests statistiques ne démontrent aucune différence significative. Une très faible minorité de patientes, parmi les échantillons, est ainsi concernée par le tabagisme et les toux chroniques.

➤ Les ATCD personnels d'incontinence urinaire et de prolapsus

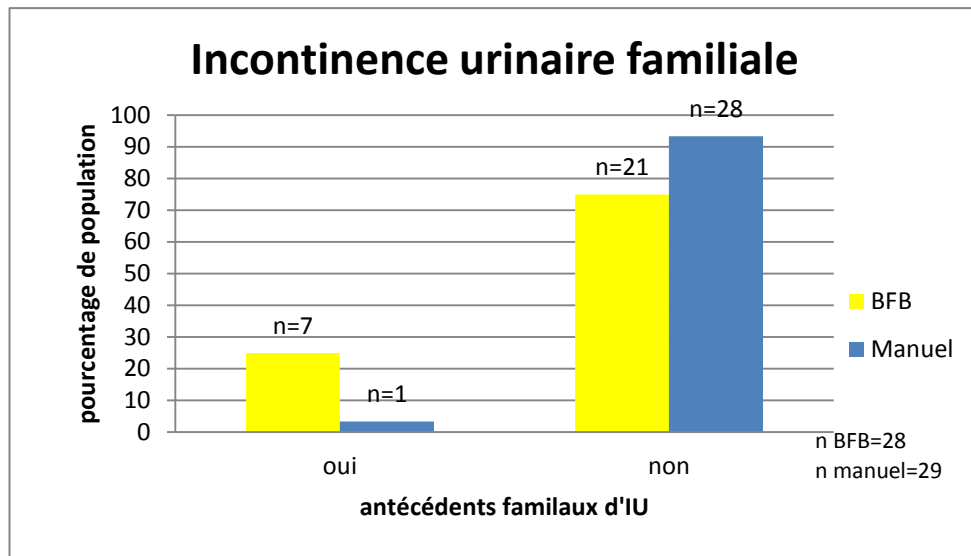
Nous nous sommes intéressées aux antécédents personnels de troubles périnéaux chez les femmes pratiquant une rééducation périnéale.



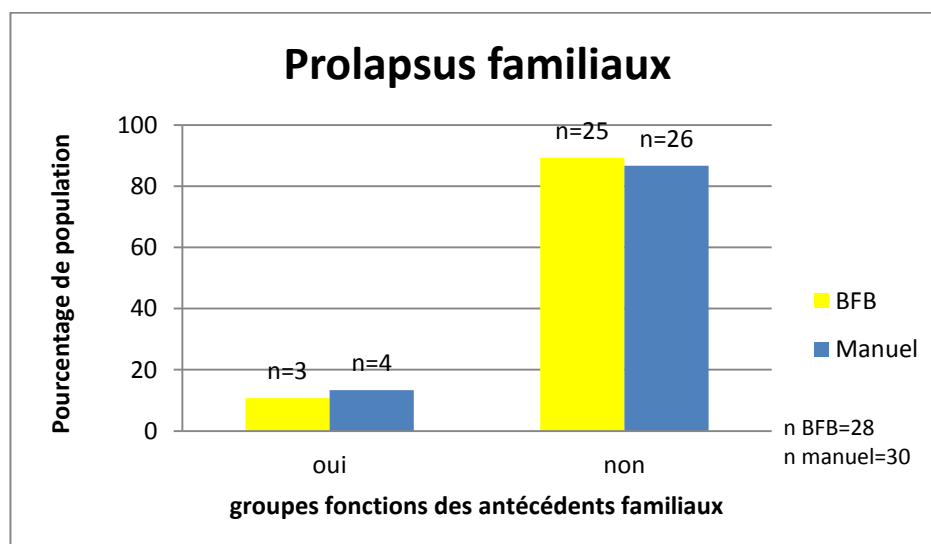
Les patientes des deux populations sont toutes très peu concernées par ces deux troubles. La différence n'est donc pas significative entre les deux groupes.

➤ Les ATCD familiaux d'IU et de prolapsus

Par la suite, nous nous sommes intéressées aux antécédents familiaux concernant le périnée. Une personne du groupe travail manuel n'a pas su répondre à cette interrogation.



Le test de Fisher a montré une différence significative entre les deux échantillons ($p=0.02$), concernant les antécédents familiaux d'incontinence urinaire. Ces antécédents sont en effet plus présents chez les patientes du groupe biofeedback.

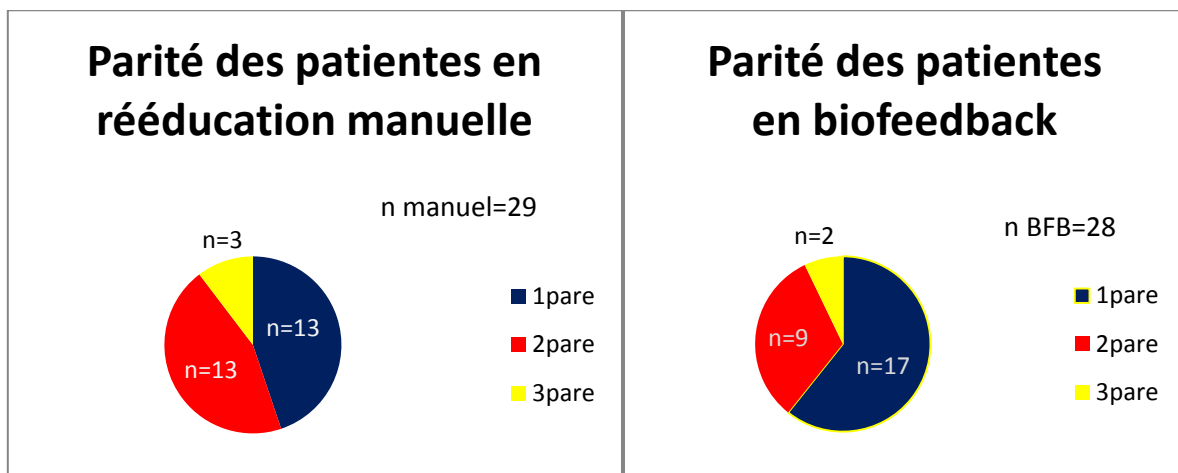


La répartition des antécédents de prolapsus familiaux est homogène entre les deux populations.

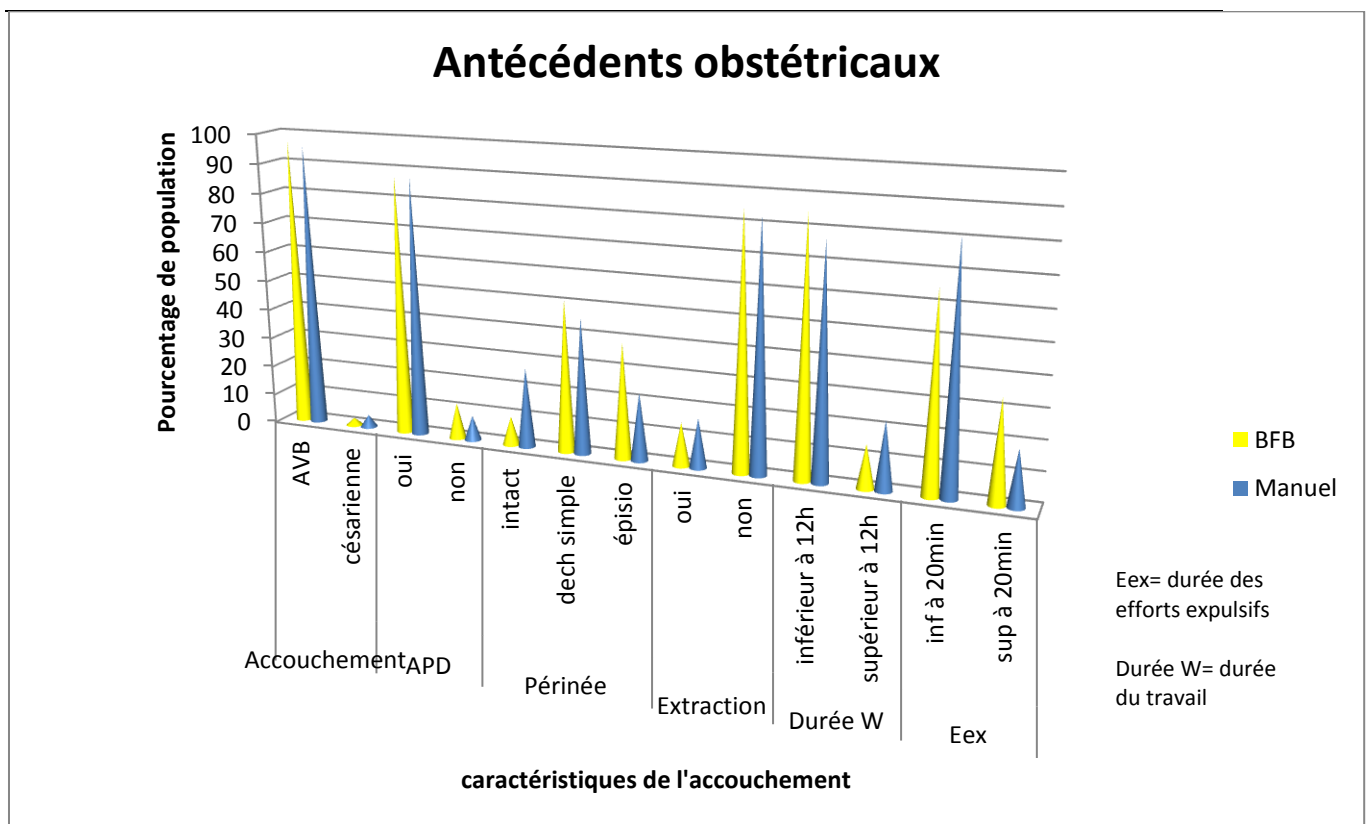
La majorité des patientes ne possède pas d'antécédent familial de prolapsus.

➤ La parité et les ATCD obstétricaux

Nous avons évalué la répartition des patientes en fonction de la parité. Une patiente du groupe de rééducation manuelle n'a pas répondu à cette question.



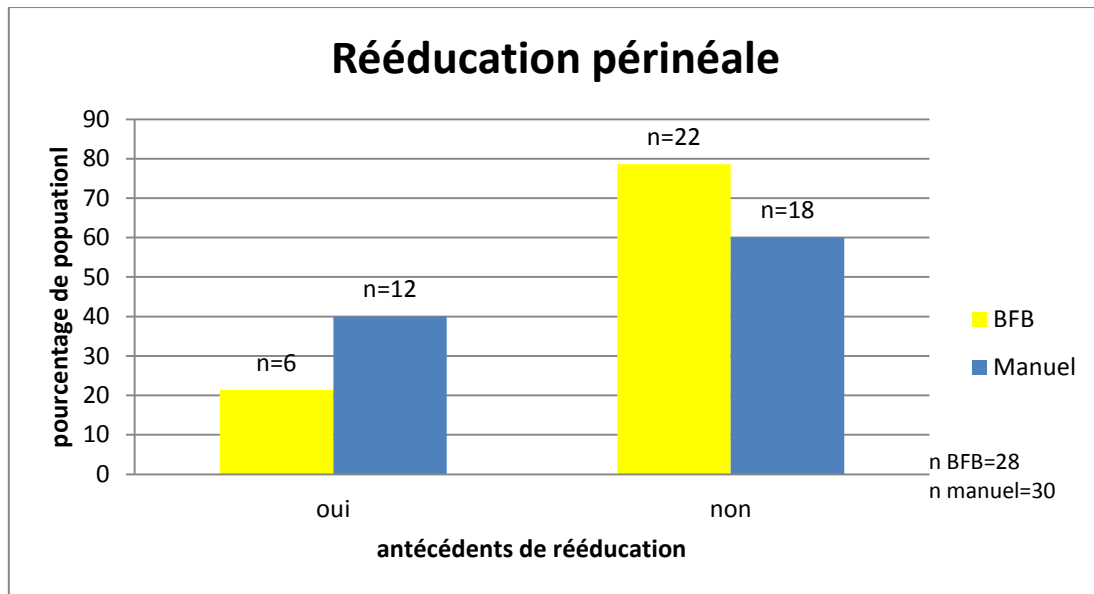
Les deux échantillons de population sont superposables concernant la parité des patientes. Au moins la moitié des patientes sont des primipares et une nette minorité sont des 3^{ème} pares dans les deux groupes. On retrouve 16 multipares dans groupe BFB et 11 dans le groupe du travail manuel.



Les ATCD obstétricaux sont de répartition homogène pour les deux groupes. Cela nous est confirmé par les tests statistiques de Fisher et du Khi2 où l'on retrouve pour chaque item $p > 0,05$.

➤ La pratique d'une rééducation périnéale antérieure

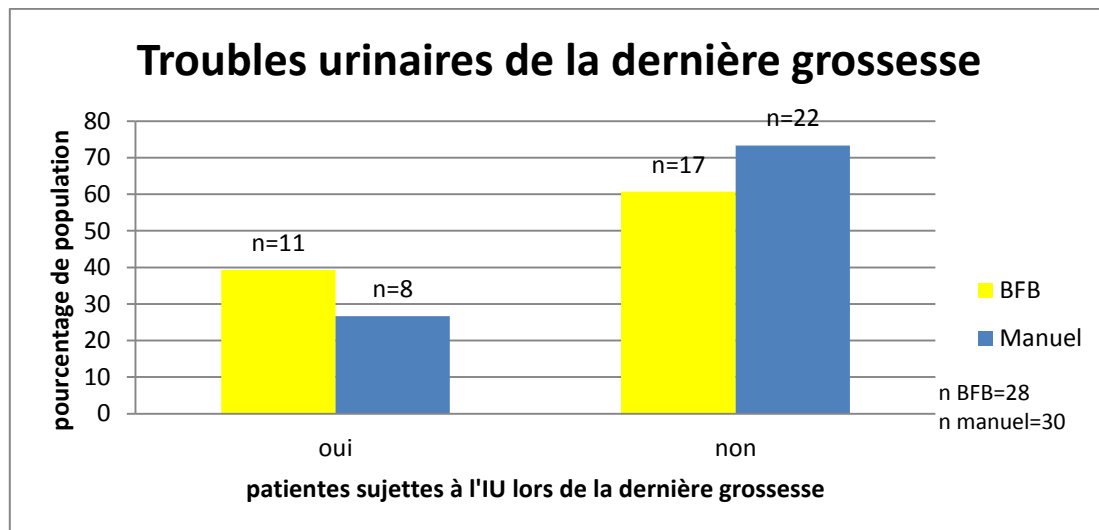
Nous avons voulu évaluer le nombre de patientes ayant déjà pratiqué une RP.



La répartition est similaire chez les 2 groupes et elle représente moins de la moitié des femmes pour chaque groupe. D'après les données du questionnaire, ces patientes ont effectué une RP après un accouchement antérieur. Elle concerne donc uniquement des multipares pour chacun des groupes.

➤ La présence d'IU pendant la dernière grossesse

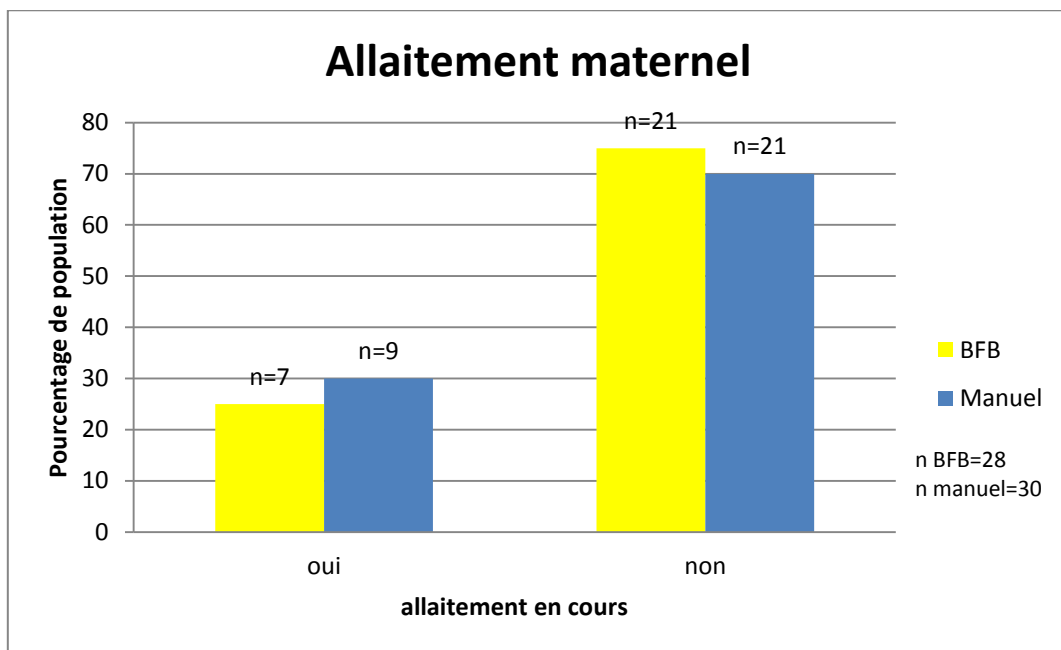
Nous avons tenté d'estimer le nombre de patientes ayant eu des fuites urinaire lors de leur dernière grossesse.



Les troubles de la continence urinaire lors de la dernière grossesse concernant moins de la moitié des patientes dans les deux groupes. Les tests du Khi2 effectués ne montrent pas de différence significative entre les échantillons. Remarquons également après étude précise du questionnaire, que les primipares sont presque autant concernées par ce trouble (autour de 10%) que les multipares (autour de 15%) pour chacun des deux groupes.

➤ L'allaitement maternel

Au final, nous nous sommes intéressées aux patientes concernées par l'allaitement maternel.

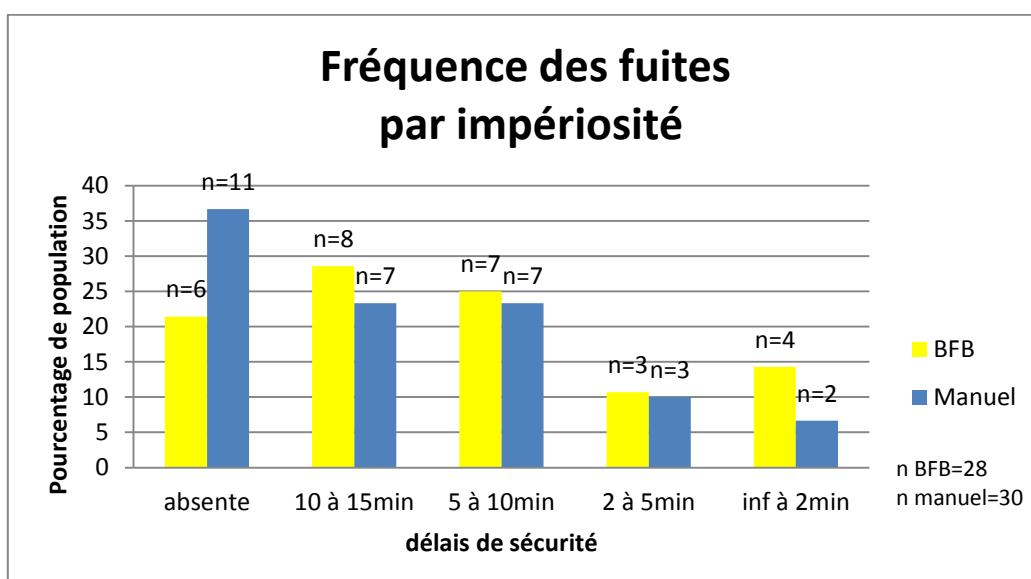


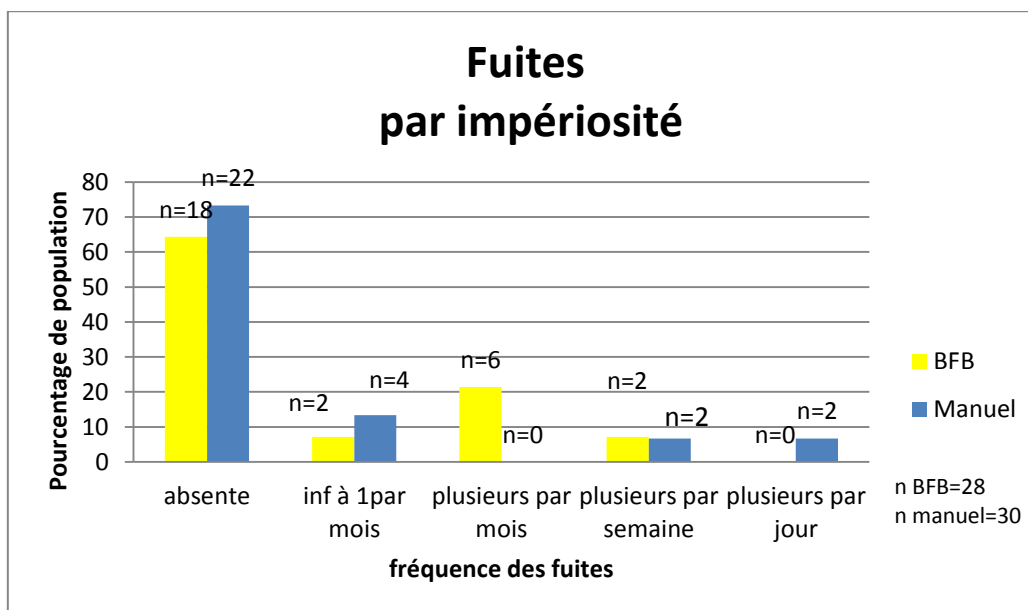
Les patientes concernées par l'allaitement maternel sont de répartition similaire et minoritaire dans les deux échantillons, ce qui est confirmé par le test du Khi2.

- Au niveau de l'état des lieux des troubles urinaires

➤ Les fuites par impériosité :

Nous avons évalué la sévérité des fuites via le délai de sécurité des patientes, ainsi que la fréquence des troubles.

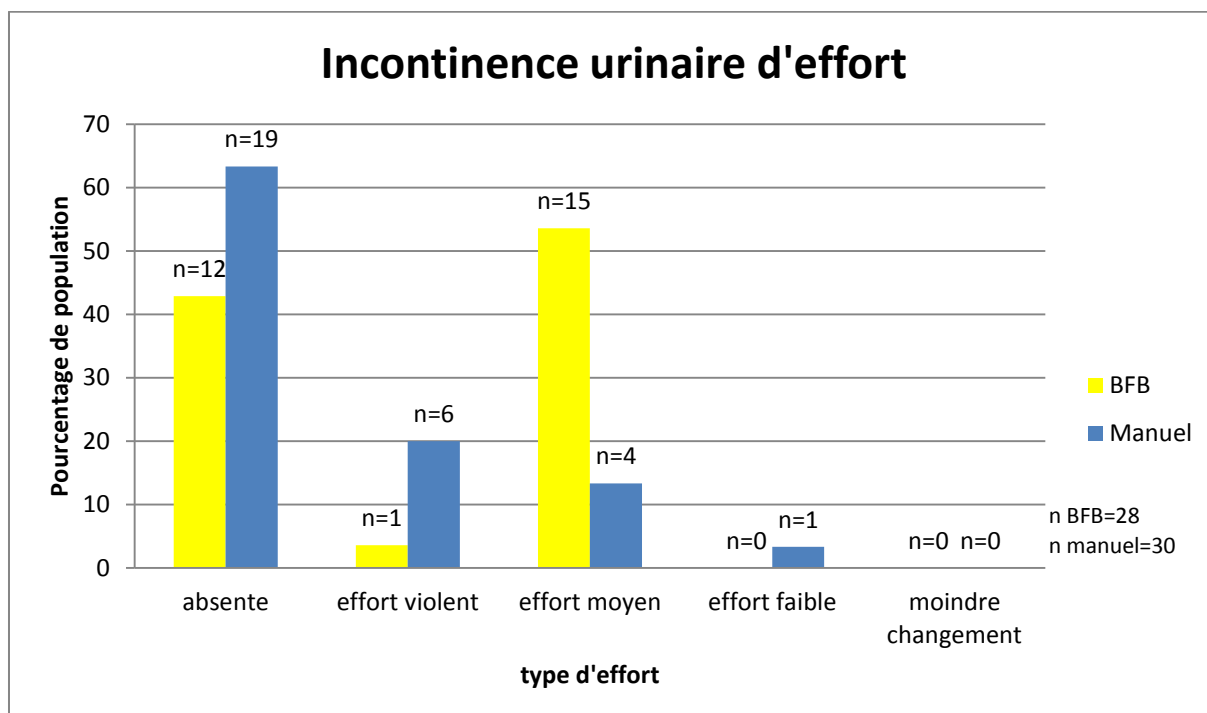




Les deux populations sont concernées par les fuites par impériosité de manière similaire en termes de sévérité et de fréquence. Il s'agit en majorité d'une incontinence très modérée. Les tests statistiques effectués sur nos effectifs ne révèlent pas de différence significative entre les deux groupes.

➤ L'IUE

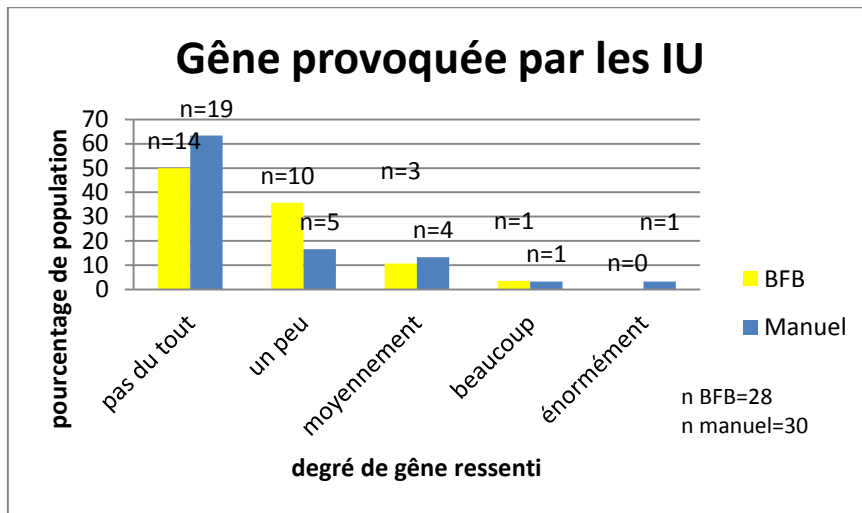
De la même manière que pour l'impériosité, nous avons cherché à préciser la sévérité de l'IUE en fonction de sa survenue par rapport à la patiente en effort.



Les tests de Fisher ont retrouvé une différence significative concernant un des critères de sévérité de l'IUE. En effet, l'IUE lors d'un effort moyen est plus présent chez les patientes du groupe BFB ($p=0,001$). Cela signifie que certaines femmes appartenant au groupe présentent une IUE plus sévère que celles du groupe pratiquant la RPP manuelle.

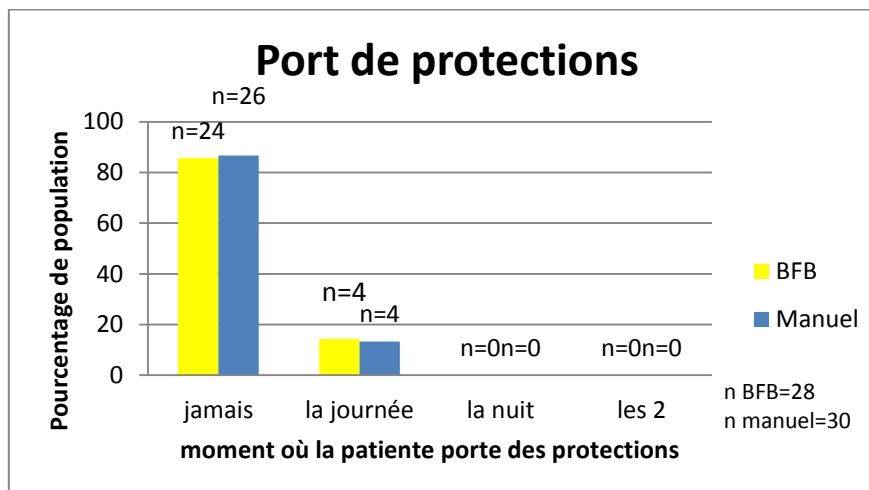
➤ La gêne entraînée

Nous avons demandé aux patientes de coter la gêne engendrée par les troubles urinaires.



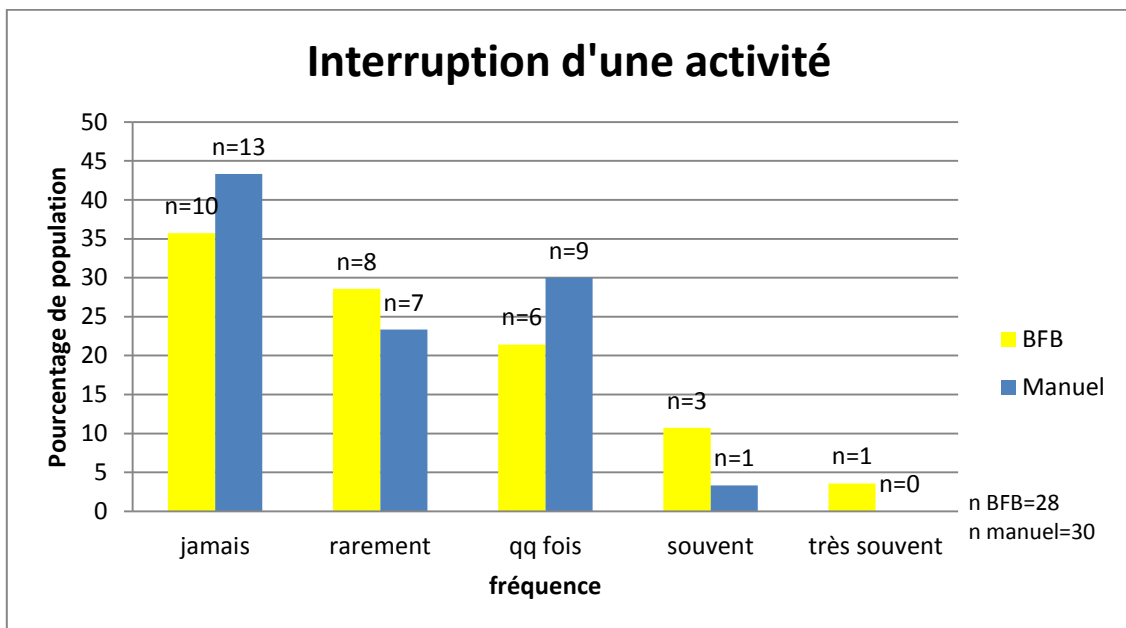
La gêne ressentie par les patientes est répartie de manière homogène dans les deux groupes. La plupart des femmes disent ne pas être gênées (ou peu) par les troubles.

Nous avons proposé un moyen plus concret pour évaluer cette gêne. Il s'agit du port de protection.



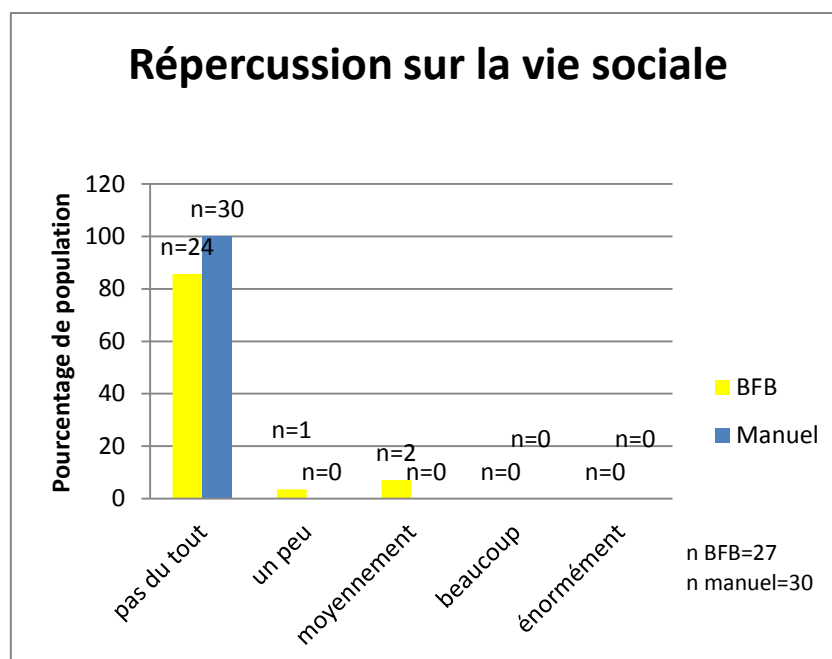
Il apparaît que très peu de femmes sont effectivement gênées par l'incontinence, car très peu d'entre elles portent une protection et uniquement la journée. Cela correspond aux résultats précédents à propos de la gêne décrite par les patientes. La répartition est donc homogène parmi les patientes.

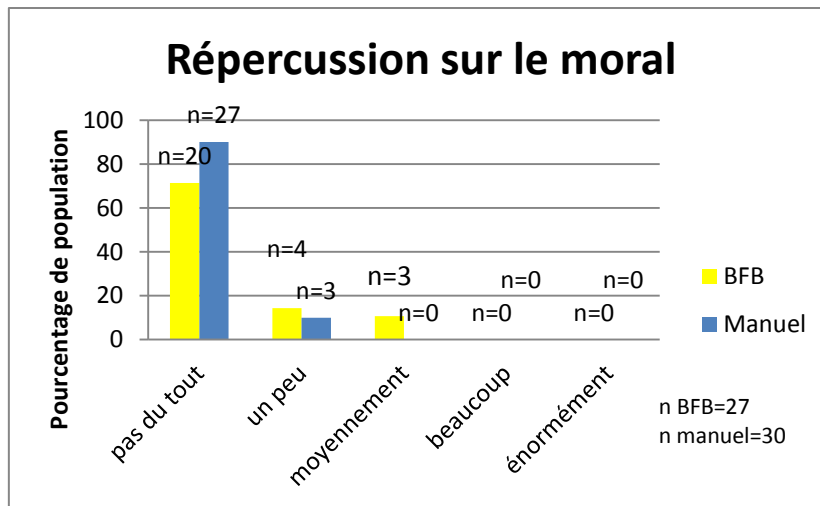
Nous avons poursuivi cette évaluation du degré de gêne occasionnée par les troubles. Nous avons alors demandé aux patientes si leurs troubles les forçaient à s'interrompre lors de les occupations.



La répartition reste conforme aux résultats précédents. La fréquence d'interruption d'une activité reste similaire très modérée pour les deux groupes.

Pour finir cette analyse des répercussions des troubles sur la vie des patientes, nous avons tenté d'estimer de quelle manière ceux-ci avaient un retentissement sur leur vie sociale et leur moral. Une personne du groupe BFB n'a pas apporté de réponse à ces deux questions.



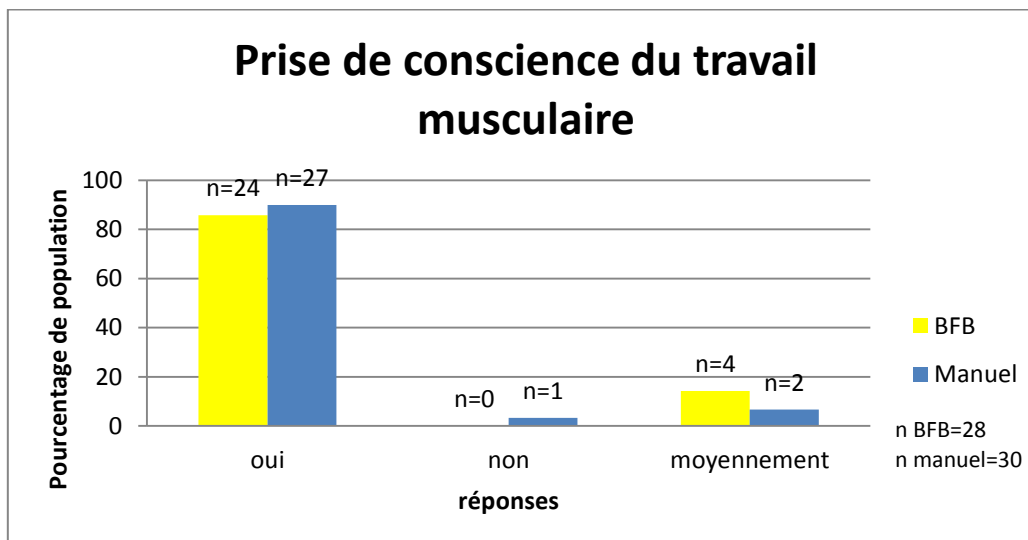


Encore une fois, nous ne retrouvons qu'un très faible degré de retentissement sur ces deux critères dans les deux populations et ce, sans différence significative pour les deux groupes.

2.3.2 Le ressenti de l'évolution et du travail périnéal en cours de RPP

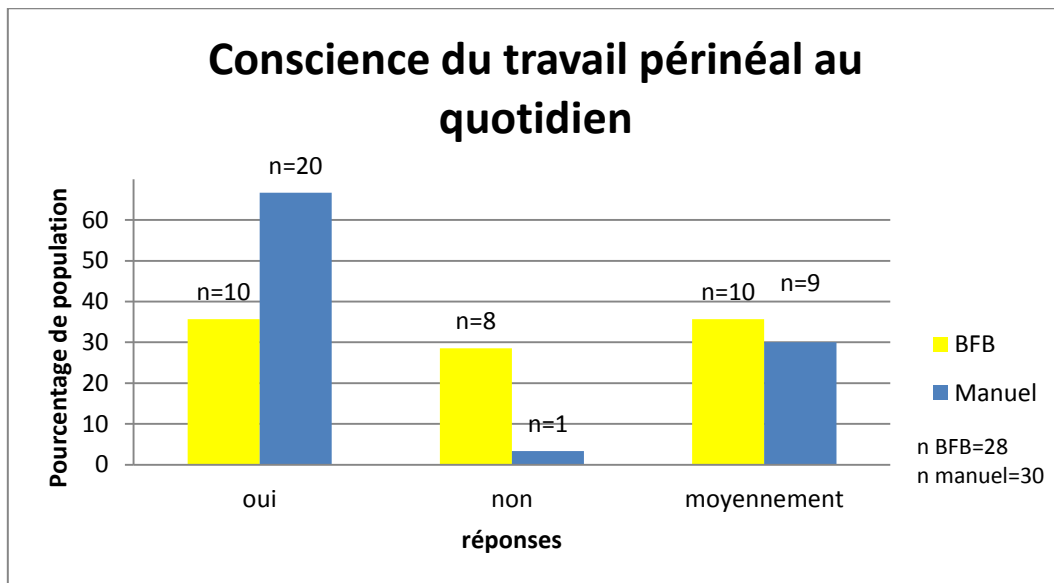
- La prise de conscience du rôle du périnée

Nous avons évalué la prise de conscience des patientes à propos du travail périnéal au cours des séances de RPP.



Le test de Fisher ne montre pas de différence significative entre les deux populations. La répartition est donc homogène entre les deux échantillons concernant la prise de conscience du travail musculaire pendant les séances de RPP.

Nous avons ensuite demandé si les patientes avaient conscience du travail des muscles périnéaux lors de leurs activités au quotidien.

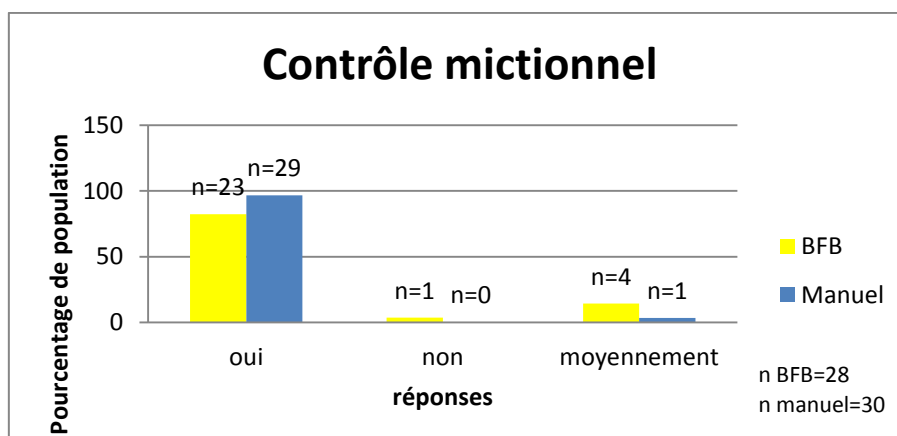


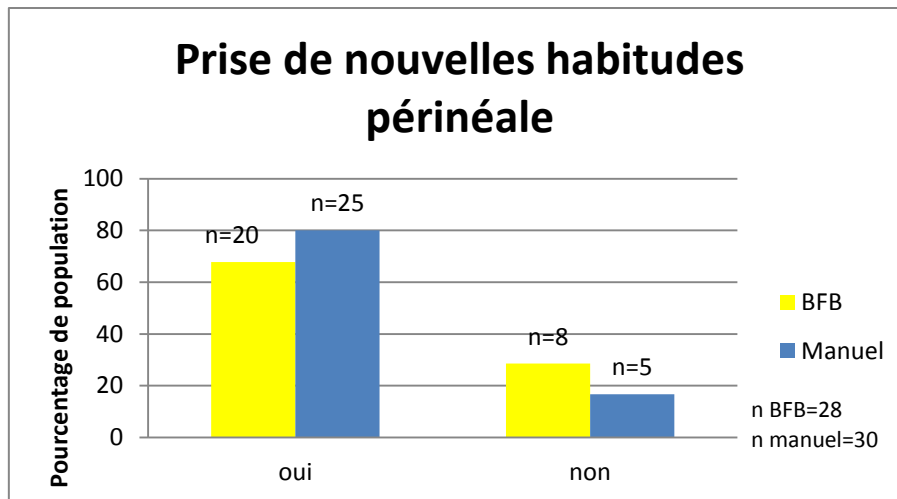
Nous avons effectué le test de Fisher pour chacune des réponses. Nous avons trouvé des résultats significatifs concernant les réponses. En effet, pour la réponse « oui » nous avons obtenu $p=0.03$ et pour « non » $p=0.01$.

Nous pouvons en déduire que les patientes pratiquant le travail manuel ont significativement une meilleure conscience de leur périnée au quotidien.

➤ L'évolution en cours de RPP

Nous avons cherché à évaluer l'amélioration du contrôle mictionnel et la prise de nouvelles habitudes pour soulager le périnée, comme ne pas pousser lors d'effort ou pendant la miction.

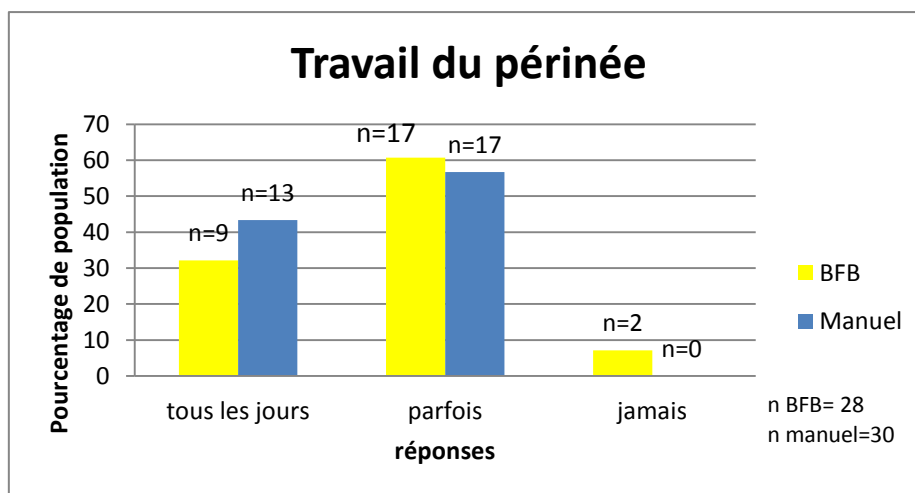




Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les échantillons.

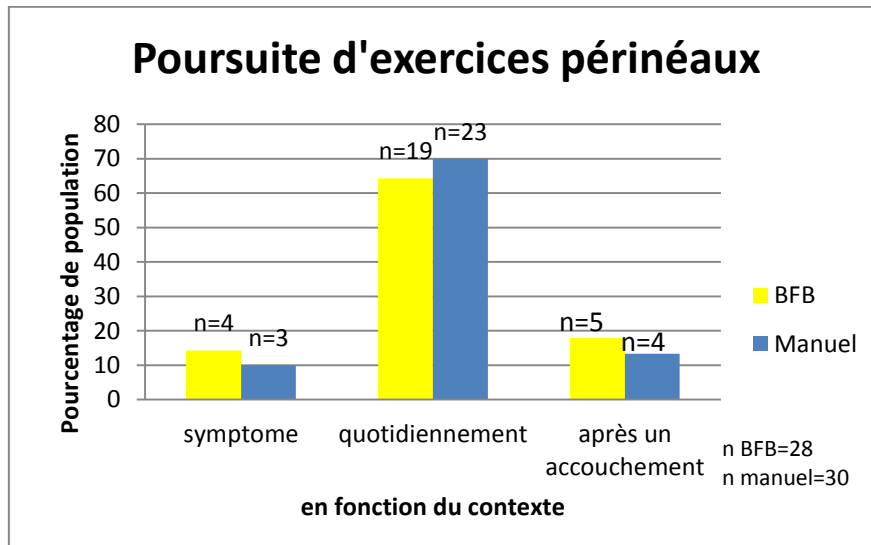
➤ Le travail personnel

Nous avons tenté de mesurer l'intérêt porté par les patientes à propos du travail du périnée à domicile, puis dans un contexte d'avenir.



On obtient une répartition similaire pour les deux méthodes de RPP. Les tests statistiques de Fisher et du Khi2 n'ont pas révélé de différence significative entre les deux groupes.

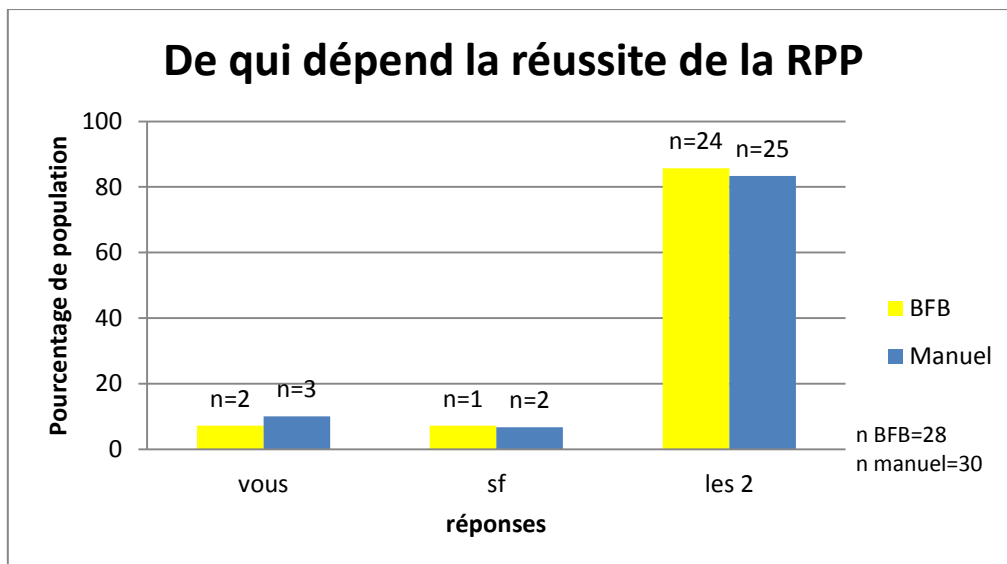
Concernant le travail du périnée après la RPP, nous avons proposé aux patientes différents contextes dans lesquels elles pouvaient retrouver le besoin de travailler leur périnée : réapparition de symptômes d'IU, tous les jours et après un nouvel accouchement.



Les patientes des deux groupes ont répondu de manière similaire à la question. Les tests statistiques démontrent une homogénéité de réponse concernant les deux groupes.

➤ La réussite de la RPP

Nous avons interrogé les patientes à propos de l'acteur de RPP qui en influençait la réussite, à savoir, si selon la patiente l'efficacité serait liée à la patiente, à la SFL ou aux 2.

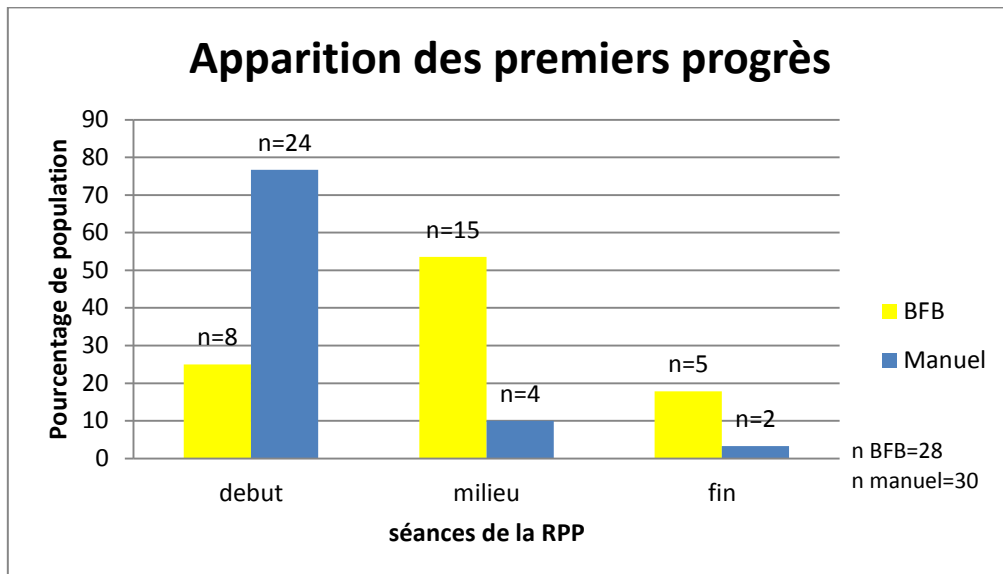


La répartition s'effectue de la même façon pour les deux échantillons. La majorité des patientes des deux groupes considère que c'est le binôme qu'elles forment avec leur sage-femme qui les amène à améliorer leurs troubles. Elles estiment que l'efficacité de la rééducation dépend à la fois d'elle-même mais également de la sage-femme.

➤ Les progrès

Nous avons recherché l'existence d'une différence concernant le moment où les patientes constatent l'apparition de progrès au fil des séances de RPP. Pour ce faire, nous avons classés l'apparition des progrès en trois groupes. Ceux-ci ont été établis en fonction de la séance à laquelle ils ont été ressentis par les femmes :

- les progrès de début de rééducation correspondent à ceux ressentis lors des 3 premières séances.
- ceux perçus en milieu de rééducation concernent les séances 4, 5 et 6.
- pour les progrès de fin de RPP, ils correspondent à ceux ressentis après la 6ème séance.

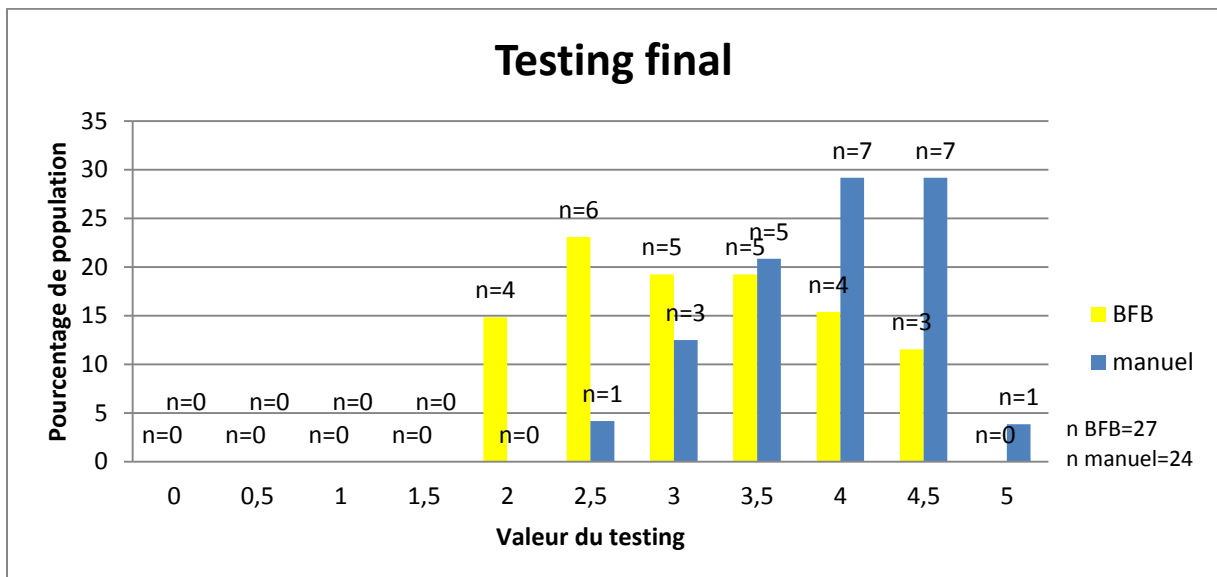
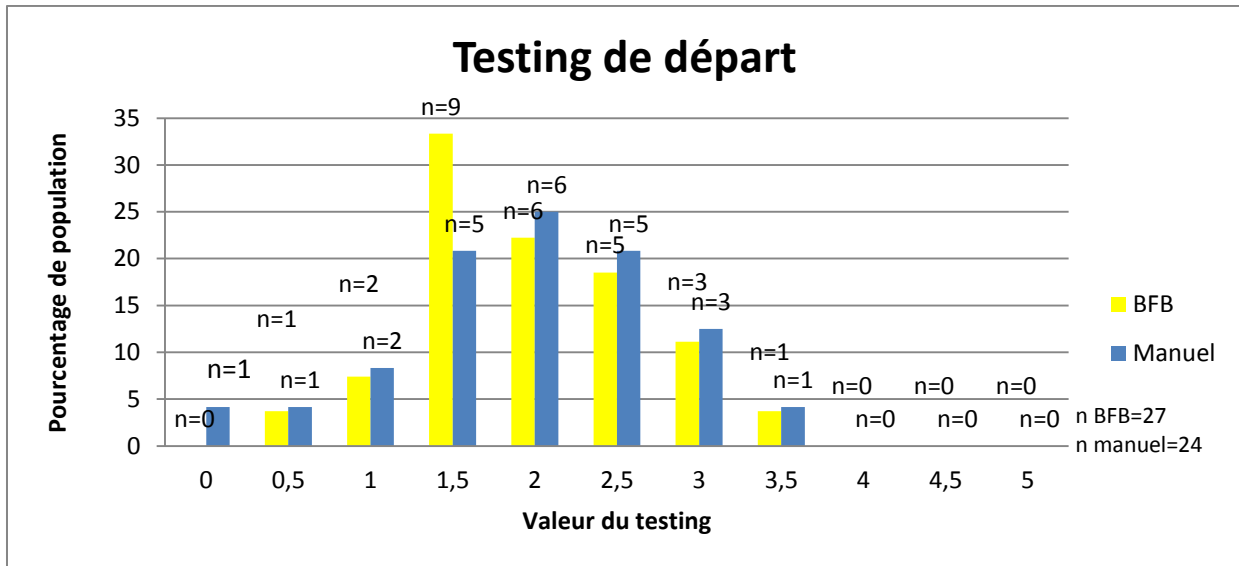


Nous avons constaté que, de manière significative, les progrès apparaissent plutôt en début de RPP (avec $p=0.02$) pour l'échantillon correspondant au travail manuel, alors qu'ils sont plus souvent décrits comme étant apparu au milieu des séances pour celui correspondant au BFB (avec $p=0.009$).

2.3.3 L'efficacité de la RPP

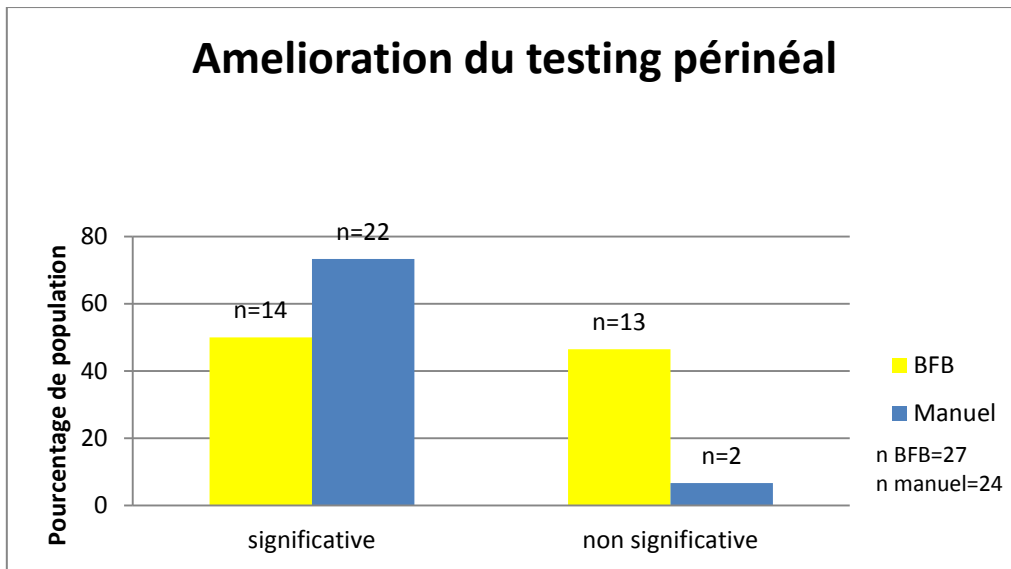
- L'amélioration du testing

Nous avons demandé aux patientes quel était leur testing périnéal de début de RPP, puis celui obtenu à la fin des séances. Une patiente du groupe BFB et six du groupe du travail manuel n'ont pas répondu.



On remarque que les testings de départ ont une répartition homogène pour les deux populations alors que les testings finaux ont une amélioration plus importante dans le groupe de la méthode manuelle.

Nous avons considéré comme une amélioration représentative tous les gains d'au moins un point entre le testing effectué au début et celui réalisé en fin de RP.

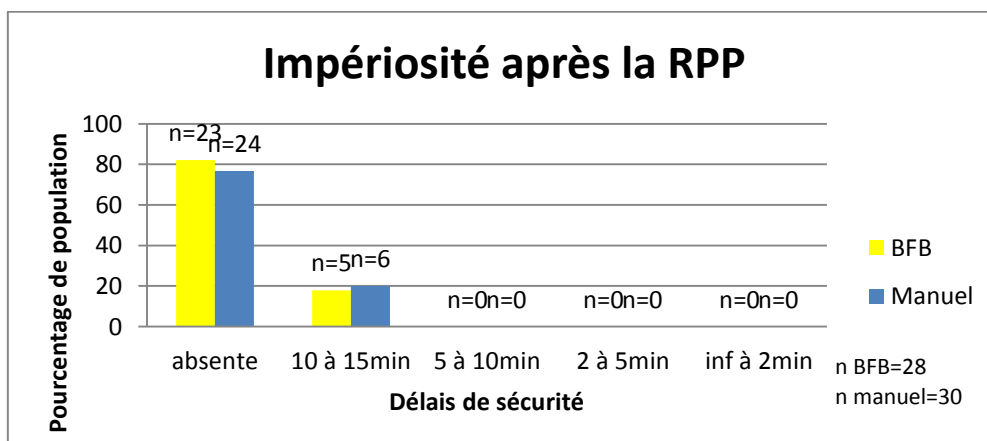


On observe une différence statistique significative en faveur du travail manuel, d'après le test de Fisher $p=0.02$. On en déduit donc que les patientes du groupe correspondant au travail manuel sont plus nombreuses à avoir augmenté leur testing, d'au moins un point entre le début et la fin des séances de RPP, par rapport à celles pratiquant le BFB.

Si toutes les patientes avaient répondu à cette question, peut être que la significativité aurait davantage été renforcée.

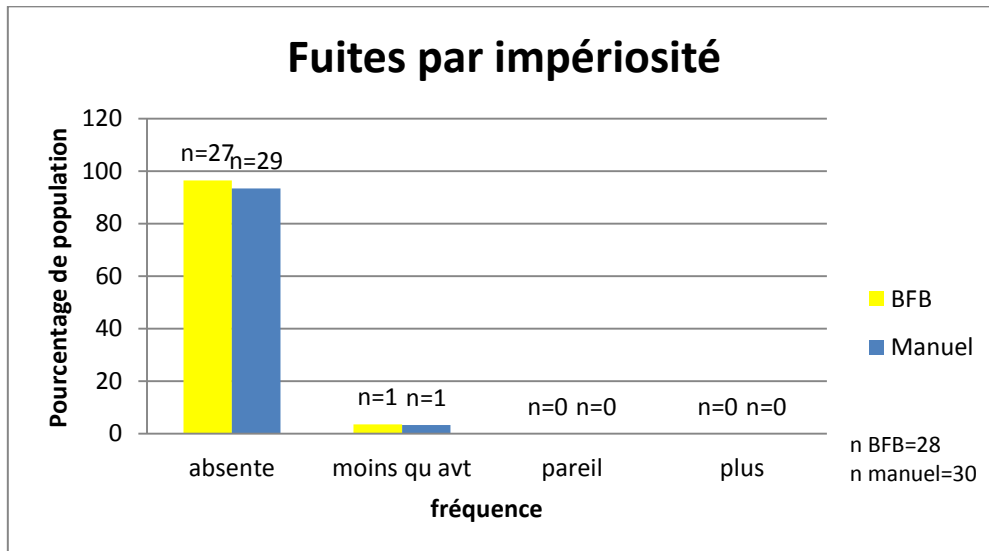
- **L'amélioration des troubles après une dizaine de séances**

- Nous avons de nouveau posé la question sur le délai de sécurité en cas de fuite par impériosité.



Pour toutes les patientes des deux groupes, ce trouble s'est très nettement amélioré. Il a disparu chez la majorité des patientes qui en souffraient. Pour les autres femmes, on note une évolution favorable par un allongement du délai de sécurité d'au moins 10 minutes. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

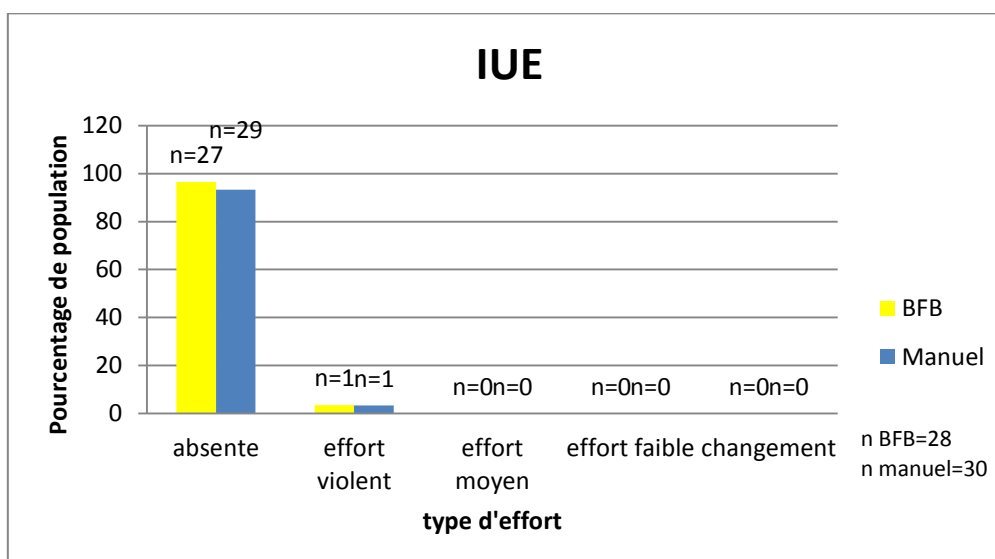
Nous avons aussi cherché à visualiser l'évolution de la fréquence du trouble.



Là encore, l'impériosité a disparu chez toutes les patientes sauf deux d'entre elles (une dans chaque groupe) où elle a seulement diminué. On ne retrouve pas de différence significative entre les échantillons.

➤ L'amélioration de l'IUE

Nous avons demandé aux femmes d'estimer la sévérité de l'incontinence urinaire d'effort après la RPP.

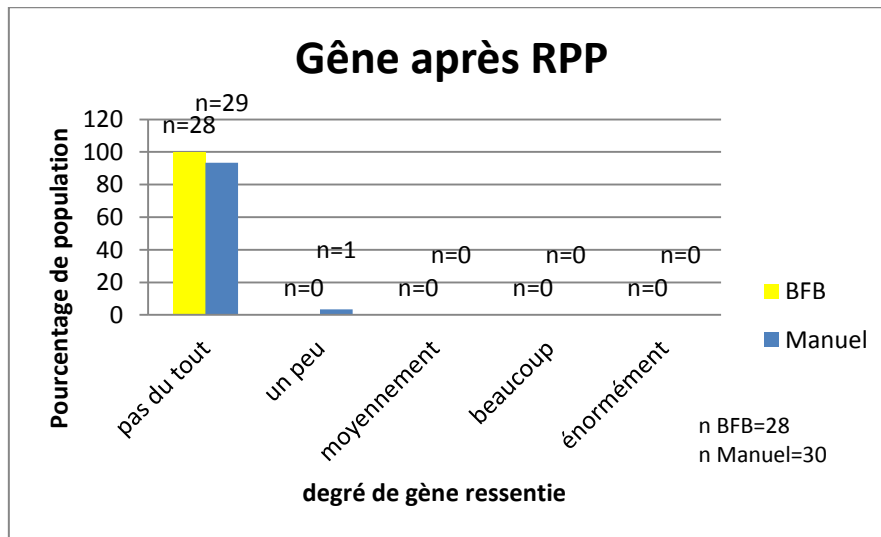


Près de 90% des patientes déclarent de pas souffrir d'IUE après une RPP. Seules deux patientes (une pour chaque échantillon) décrivent une IUE modérée (en cas d'efforts violents).

De plus, d'après les tests statistiques, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

➤ Le degré de gêne après la RPP

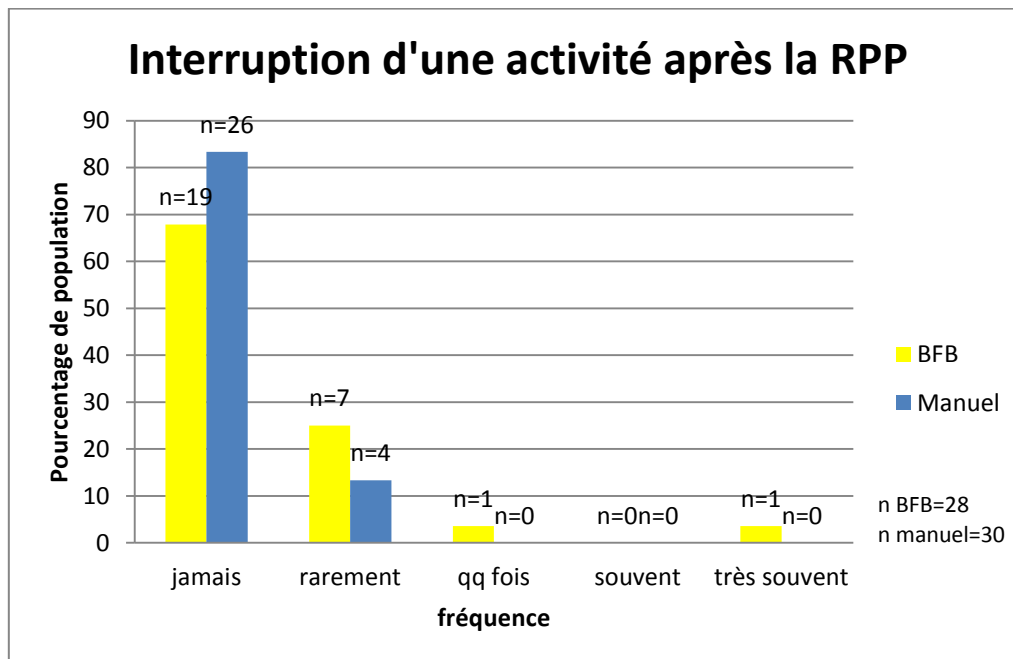
Nous avons cherché à analyser s'il existe encore une gêne à l'issue de la RPP.



Aucune gêne n'est plus ressentie par les patientes du groupe BFB et seule une personne du groupe travail manuel déclare rester « un peu » gênée.

Plus aucune patiente des deux groupes ne porte de protection.

Nous avons aussi réinterrogé les femmes à propos de l'interruption d'une activité occasionnée par les troubles.

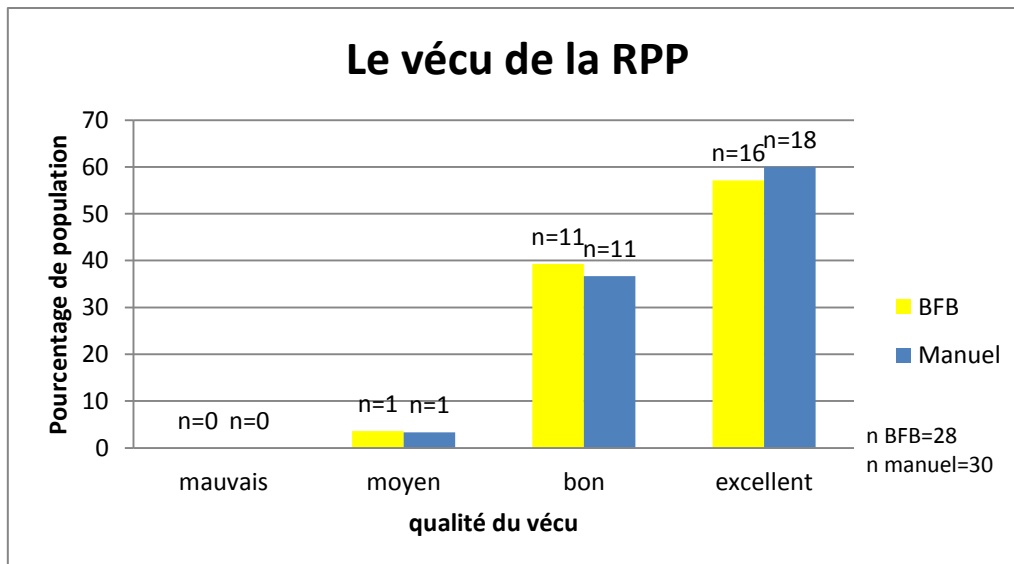


Après avoir effectué une RPP, la majorité des patientes des deux groupes ne s'interrompt plus au cours d'une tâche. D'autres patientes déclarent s'arrêter beaucoup moins. Pour une patiente de la population du BFB la situation n'a cependant pas changé. Cependant, les tests statistiques ne révèlent pas de différence significative.

2.3.4 Le vécu et la satisfaction de la RPP

- 100% des patientes ayant participé à l'étude déclarent avoir été satisfaite de leur RPP.
- Les patientes ne vivent pas toutes leur RPP de la même manière.

La qualité du vécu n'est pas identique pour toutes les femmes. Nous avons donc proposé différents choix de réponse : « mauvais ; moyen ; bon ; excellent ». Le graphique suivant représente les répartitions obtenues pour chaque échantillon.



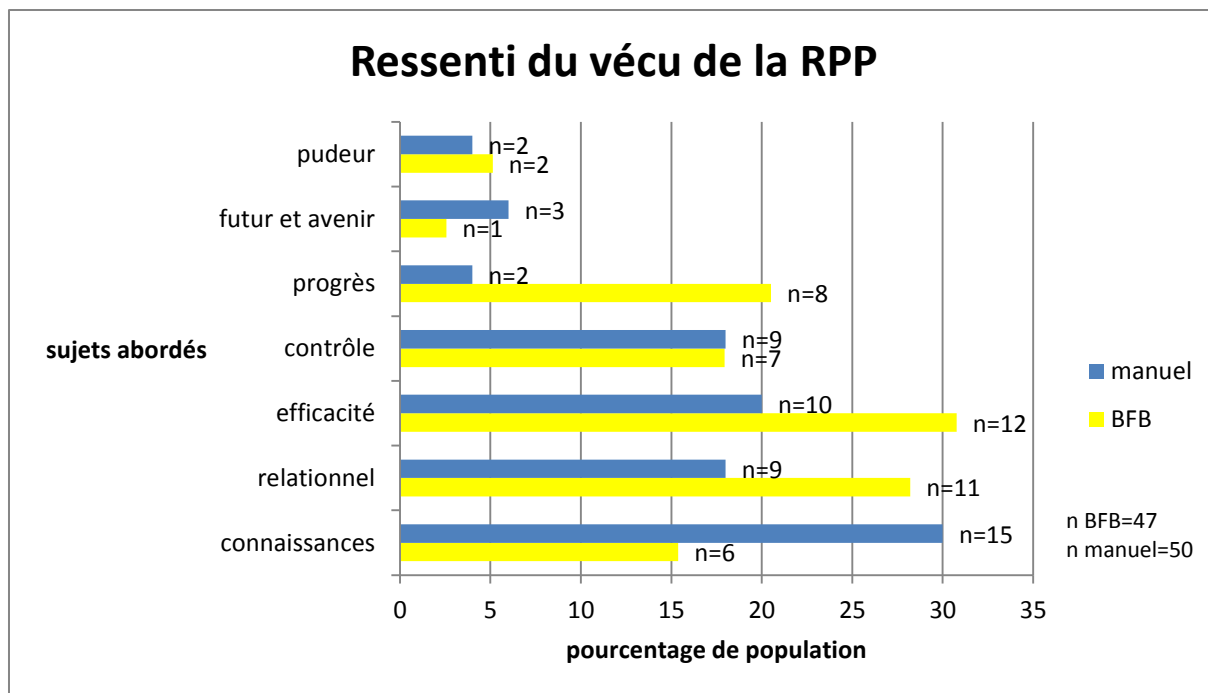
D'après les tests statistiques effectués, il n'y a pas de différence significative pour les deux groupes concernant la qualité du vécu de la RPP.

- Nous avons ensuite analysé ce qu'ont pensé ou ressenti les patientes à propos de la RPP pour chacune des 2 techniques

Les patientes ont abordé chacune une ou plusieurs thématiques concernant leur ressenti lors de la RPP.

Les thématiques de vécu et de satisfaction citées par les patientes sont similaires dans les 2 méthodes :

- Les patientes apprécient l'acquisition d'une « connaissance » approfondie de leur propre corps.
- La relation avec la sage-femme est importante pour les femmes.
- L'efficacité de la RPP est reconnue bénéfique pour « avoir le contrôle de son corps et par cela retrouver une sensation de bien-être ». Le fait de pouvoir agir volontairement sur le périnée rassure les femmes
- Elles ont pris conscience de l'importance de retrouver une « bonne tonicité périnéale pour le futur ». Elles ont conscience de l'enjeu de la RP pour l'avenir.
- La pudeur reste malgré tout un obstacle au bon vécu de la RPP pour les deux méthodes étudiées. Ce sujet est, par ailleurs, corrélé à la notion de vécu de qualité moyenne d'après l'étude des questionnaires.



Il apparaît que les patientes pratiquant le biofeedback abordent plus volontiers le sujet des progrès ressentis. Nous avons par ailleurs démontré ce phénomène au moyen du test statistique de Fisher. Nous avons en effet obtenu le résultat suivant, $p=0,01$ à partir des effectifs des patientes ayant évoqué le sujet de leurs progrès, alors que l'amélioration du testing est moindre. Le test a donc montré une différence significative concernant ce thème.

On observe également une différence concernant le sujet des connaissances. Les patientes pratiquant le travail manuel abordent plus ce thème et ce de manière significative. En effet, après avoir utilisé le test de Fisher, nous avons trouvé un résultat de $p=0.03$. Les femmes du groupe travail manuel ont donc une meilleure connaissance de leur corps.

Pour les autres sujets évoqués par les patientes, les tests statistiques ne mettent aucune différence en évidence entre les méthodes comparées ($p>0.05$ pour chaque calcul).

Troisième Partie

3.1 Critique de l'étude

3.1.1 Les biais de l'enquête

Notre enquête présente un certain nombre de biais.

- **Les biais de sélection :**

Le nombre de patientes ayant participé à l'étude est restreint : 30 patientes pour le travail manuel et 28 pour le BFB. Cela est peu représentatif par rapport à la population de femmes, pratiquant une technique de RPP, dans la population générale.

Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause dans l'apparition de ce biais.

Les limites du territoire de l'étude

Celui-ci est inévitablement assez restrictif. Il est dépendant de nos possibilités en temps, en moyens financiers et matériel.

Il nous a fallu contacter des sages-femmes faisant partie d'un territoire dont le périmètre devait être limité en distance pour parvenir à nous déplacer à leur demande vers leurs cabinets libéraux. Etant donné que l'étude s'est effectuée en milieu rural, les cabinets sont répartis dans un périmètre large, ce qui entraîne de longues distances à parcourir. La rencontre avec les praticiennes est en effet un élément important pour renforcer leur adhésion à notre travail de recherche.

Il nous fallait également un nombre de sages-femmes permettant une gestion de notre part en termes de coûts. Ces coûts correspondent aux frais de déplacement, aux frais d'impression des questionnaires et à leurs frais postaux d'envoi et de retour.

De plus, nous avons sélectionné uniquement les sages-femmes pratiquant soit le BFB soit le travail manuel. Cependant, parmi la soixantaine de sages-femmes contactées, nous n'avons recruté que 11 SFL pratiquant l'une ou l'autre des techniques de RPP recherchées. Les autres sages-femmes pratiquaient des méthodes mixtes (association d'au moins deux techniques de RP) ou d'autres méthodes que celles recherchées ; l'eutonnie, l'électrostimulation. Une quinzaine de SFL n'ont pas donné de suite à notre demande.

- Les critères d'inclusion et d'exclusion peuvent ne pas avoir été adaptés lors de l'échantillonnage des populations.

En effet, nous nous sommes rendues compte au cours de l'enquête que certains critères étaient trop restrictifs et trop précis. Cela mettait en péril la validité de notre étude et nous avons donc décidé de lever le critère d'exclusion concernant l'allaitement maternel. Au début de l'enquête et après avoir étudié la littérature, nous pensions qu'il représentait un facteur de laxité périnéale et donc un biais dans l'étude. Cependant, après discussion avec différentes SFL, il s'est avéré que l'AM n'influait pas tant sur la tonicité du périnée dans la pratique de la RPP. C'est pourquoi nous avons décidé d'éliminer ce critère d'exclusion.

- Il se pourrait que le contexte, dans lequel les femmes se trouvaient pour remplir les questionnaires, n'était pas optimal

Des patientes répondaient à domicile et ne retournaient pas le questionnaire aux SFL. D'autres y répondaient en salle d'attente. Les femmes ont pu être gênées par un manque d'anonymat vis à vis de leurs sages-femmes.

Des questionnaires n'ont pas pu être distribués. Les sages-femmes participant à notre étude ont pu avoir une activité ne permettant pas leur diffusion :

- par manque de temps lors d'une période d'activité trop intense
- par manque de patientes répondant aux critères pendant une période d'activité trop calme
- par manque de pratique de rééducation périnéale du post-partum par rapport à l'activité générale du cabinet. L'activité des SFL s'est largement diversifiée ces dernières années, notamment avec l'augmentation du suivi obstétrical et gynécologique. La rééducation périnéale ne représente donc qu'une part limitée dans l'activité.

Les biais de non-réponse

Certaines patientes n'ont pas répondu à des questions concernant notamment le tabac, le poids, les ATCD familiaux et obstétricaux. Cela a pour effet de réduire le nombre de réponse exploitable pour l'enquête.

- **Les biais de confusion :**

L'incontinence à l'effort

Les résultats de notre enquête ont montré une différence significative entre les 2 groupes concernant l'incontinence lors des efforts moyens en début de rééducation. Ce trouble est plus présent de manière significative chez les patientes pratiquant le BFB, mais disparaît presque totalement en fin de rééducation. Cela montre une bonne efficacité de cette technique. Malgré une sévérité plus importante de l'IUE chez certaines patientes, l'amélioration des troubles périnéaux sphinctériens du groupe est très satisfaisante pour ces femmes.

De plus, nous avons analysé de plus près les réponses des patientes concernées par une IU aux efforts moyens. Il n'apparaît pas de différence significative concernant les autres critères de l'IU, ni pour les résultats des délais d'amélioration du trouble. Cette différence concernant l'état des troubles de départ ne semble donc pas influencer la validité de notre étude, même si le testing est meilleur dans le travail manuel.

Les ATCD familiaux d'incontinence urinaire

Les deux échantillons présentent des différences significatives mettant en péril la validité de notre étude sur le plan comparatif. Ce biais concerne les antécédents familiaux d'incontinence urinaire. Ceux-ci sont présents principalement dans l'échantillon du BFB.

Nous aurions pu éliminer cet élément confondant lors de l'analyse des données, si les informations avaient été collectées en y intégrant des sous-groupes avec présence ou non du facteur « antécédents familiaux d'IU ». Il aurait alors fallu analyser pour chaque sous-groupe l'association

entre les troubles périnéaux sphinctériens et la présence des antécédents familiaux d'IU. Cependant, cela aurait diminué davantage nos effectifs et favoriser encore plus des biais de nombre.

Nous avons ensuite étudié plus précisément les réponses des patientes qui déclaraient avoir des ATCD familiaux d'IU. Ainsi, nous nous sommes aperçus que parmi les 7 femmes concernées, seules 4 d'entre elles présentaient un ATCD familiale significatif, soit un trouble survenu chez un parent du 1^{er} ou 2nd degré et avant 50ans. Les autres concernaient plutôt des problèmes d'incontinence chez des personnes âgées.

Si on effectue le test de Fisher, mais appliqué cette fois à des effectifs ne prenant en compte que les ATCD familiaux significatifs, on obtient $p=0.19$ (>0.05). On en déduit que la différence n'est plus significative entre les deux groupes et que la répartition des antécédents urinaires est en fait homogène entre les deux échantillons.

Ainsi, nous avons montré que ce biais ne joue pas véritablement en défaveur de la validité de notre recherche vis-à-vis de l'homogénéité des deux groupes.

3.1.2 Les points forts

- **La technique d'appariement :**

Pour l'échantillonnage des deux populations, nous avons choisi d'employer une technique *d'appariement*. En effet, nos critères de sélection ont été définis de manière bien précise, afin de regrouper des individus avec un maximum de caractéristiques communes. Cette grande sélectivité élimine de nombreux biais et permet ainsi d'obtenir deux groupes de patientes homogènes. Les échantillons ainsi obtenus sont, au final, tout à fait superposables. Cette méthode a rendu possible la comparaison des populations et améliore la validité de notre enquête.

- **Une enquête multicentrique :**

Le caractère multicentrique de notre étude peut également être considéré comme un point fort. En effet, nous avons distribué largement notre questionnaire dans divers cabinets libéraux. C'est ensuite à partir de ceux-ci que notre outil a été remis aux patientes éligibles à notre enquête. Ce moyen de diffusion nous a ainsi permis de recruter le plus de patientes possible dans une période courte. Nous nous étions effectivement fixés un délai de maximum de 5 mois.

De plus, on peut remarquer qu'une collecte de données multicentrique a pour effet de limiter un recueil trop restrictif, par un apport d'informations plus vaste et plus diverses. En effet, la multiplicité des praticiens participants entraîne l'apparition d'un reflet plus proche de la population générale des SFL et des phénomènes réels liés à la RPP.

- **Le questionnaire :**

Nous avons réalisé notre enquête par questionnaire. Nous l'avons élaboré de manière à répondre au plus près aux objectifs de notre étude.

Celui-ci a été un outil d'étude intéressant et efficace dans ce travail de recherche pour les raisons suivantes :

- son utilisation était suffisamment simple pour les personnes participant à l'étude : distribution par les SFL puis remplissage et retour par les patientes
- il était assez concis et permettait aux femmes d'y répondre rapidement, en une dizaine de minutes (utilisation de tableaux, de questions à choix multiple, peu de question ouvertes)
- les questions étaient simples et formulées de façon claire : les patientes n'ont visiblement eu aucun mal à en comprendre le sens et y apporter les réponses adéquates
- les questions posées étaient adaptées à notre enquête : elles nous ont permis d'obtenir les informations nécessaires pour faire apparaître des résultats interprétables
- les questions posées demandaient des informations suffisamment précises pour éliminer certains biais de confusion. Nous l'avons vu précédemment avec le biais concernant les antécédents familiaux urinaires.

3.2 Discussion autour des résultats de l'étude

3.2.1 L'auto-prise en charge

L'auto-prise en charge correspond à un travail personnel et thérapeutique de RPP effectué par la patiente elle-même. Notre enquête avait pour objectif de comparer deux techniques de RPP dont la part de traitement en autonomie différait. Cette variabilité peut se définir selon des critères quantitatifs ou qualitatifs. Une différence quantitative correspond à un temps passé à faire un certain nombre de fois des exercices périnéaux. Le critère qualitatif comprend la diversité des exercices proposés, leur efficacité quand ils sont réalisés par la patiente et le mode d'évolution des troubles urinaires.

En premier lieu, l'analyse de nos résultats d'enquête nous a amenées à remarquer que ce n'était pas tant la durée passée en auto-prise en charge qui différait. En effet, dans la deuxième partie de notre mémoire, nous avons observé que la fréquence de réalisation d'exercice était répartie de manière semblable entre le BFB et le travail manuel. Les deux techniques de RPP engendrent donc une fréquence de travail personnel similaire pour les femmes qui les pratiquent.

En second lieu, nous avons découvert que les deux méthodes avaient des conséquences différentes à propos du ressenti provoqué par la RPP. Nous avons pu voir que la prise de conscience du rôle du périnée ne s'effectuait ni de la même façon, ni par les mêmes moyens. Nous avons mis en évidence que cette prise de conscience était davantage présente pour la méthode manuelle que pour le BFB. De plus, d'après les résultats obtenus dans la partie précédente, nous pouvons conclure que, les femmes pratiquant le travail manuel considèrent avoir acquis de bonnes connaissances sur leur périnée. Enfin, l'apparition des progrès n'a pas lieu dans le même temps pour les deux techniques, puisqu'elle est plus précoce avec la technique manuelle.

Pour finir, il est important de souligner que, d'après les résultats de notre enquête, le biofeedback et le travail manuel ont une efficacité équivalente pour traiter les troubles de la continence urinaire du post-partum. Les deux méthodes ont permis une amélioration, voire une disparition des troubles, après une dizaine de séance. De plus, nous avons obtenu les mêmes résultats concernant la satisfaction des patientes vis-à-vis des deux techniques, même si le testing de fin est meilleur pour la méthode manuelle.

Par ailleurs, plusieurs études décrites par l'HAS [6] ont démontré ce phénomène. Celles-ci indiquent, en effet, qu'aucune méthode de rééducation périnéale n'a démontré sa supériorité en termes d'efficacité.

3.2.2 L'amélioration du testing périnéal

Notre enquête a révélé une différence significative, en faveur du travail manuel, concernant l'amélioration du testing périnéal, après la réalisation d'une dizaine de séances de RPP.

Reprenons tout d'abord la définition du testing. D'après la littérature [6] [9], celui-ci consiste en une évaluation manuelle de la force et de l'endurance de la contraction périnéale.

En pratique, la sage-femme effectue un toucher vaginal et demande à la patiente de «serrer son périnée» autour de ses doigts. En fonction de la qualité de la pression exercée par les muscles périnéaux, la praticienne effectue une notation sur 5. Une notation périnéale de 5/5 correspond à une contraction d'intensité suffisante et maintenue pendant une durée d'au moins 5 secondes.

Par ailleurs, on peut remarquer que la valeur du testing reste très subjective. Elle est en effet dépendante du praticien, mais aussi du contexte dans lequel est effectué le geste. Il doit donc être réalisé dans des conditions identiques pour être représentatif (patiente détendue, mise en confiance...).

Au cours de la RPP par travail manuel, la patiente va exécuter des séries de différents exercices périnéaux. Ce travail s'effectue au cabinet, guidé par les doigts de la sage-femme. Celle-ci, au moyen d'indications précises, va inviter la patiente à prendre conscience des efforts musculaires réalisés au niveau de son périnée. Les exercices sont ensuite reproduits à domicile, entre les séances, à titre d'*auto-prise en charge*. La patiente va alors se fier à ses propres sensations périnéales et aux *connaissances* que va lui apporter la SF sur son corps, comme le montrent les résultats statistiques. Cela lui offrira la possibilité, ensuite, de *s'autoévaluer*, c'est-à-dire qu'elle va elle-même juger de l'efficacité de sa contraction périnéale.

De plus, le travail manuel s'effectuant en binôme avec la SFL, il s'installe une sorte d'intimité entre les deux personnes. Cela aurait pour effet d'améliorer le testing, par adaptation entre la SF et sa patiente, ce qui entraîne un facteur de subjectivité supplémentaire pour ce geste.

Lors de la RPP par biofeedback, la prise de conscience de la contraction périnéale se fait par la visualisation de courbes sur un écran pendant les séances. Le travail à domicile diffère donc inévitablement de celui réalisé au cabinet. La patiente n'a plus de repère visuel pour juger de l'efficacité de sa contraction musculaire. Les efforts musculaires sont donc plus difficilement reproductibles et évaluables par la patiente, l'entraînement serait donc moins performant.

Ainsi, il semblerait que les patientes pratiquant la méthode manuelle aient plus de facilité à s'approprier les exercices de RPP. Elles apportent un travail du périnée davantage réalisé dans la continuité, la conscience et les sensations périnéales, plus que pour les patientes pratiquant le biofeedback. De plus, d'après le témoignage des femmes dans le questionnaire, le fait de ressentir ce qui se passe au niveau du périnée les encouragerait davantage à travailler leurs muscles périnéaux. Cela engendrerait donc une meilleure tonicité périnéale et une qualité de contraction supérieure à celle obtenue par BFB.

Cependant, il convient de rappeler que le testing périnéal ne reflète pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence urinaire [6]. Aucune étude n'a actuellement démontré la supériorité d'une technique de RP à propos de l'amélioration des troubles périnéo-sphinctériens.

Par ailleurs, et nous l'avons remarqué dans la partie précédente de notre mémoire, cela est également le cas de notre enquête. Effectivement, les deux méthodes ont montré des résultats d'amélioration similaires sur les troubles périnéaux présentés par nos deux populations. On peut donc en déduire que le travail manuel et le biofeedback sont deux techniques de RPP efficaces pour corriger les problèmes d'incontinence urinaire du post-partum.

3.2.3 L'apparition des premiers progrès

Notre étude a permis de constater qu'il existait une différence significative entre nos deux groupes pour ce qui concerne le moment où les patientes vont ressentir les premiers progrès apportés par la RPP. Encore une fois, cette observation joue en faveur de la méthode manuelle. Les femmes pratiquant cette technique ressentent, pour la majorité d'entre elles, une évolution favorable dès les 3 premières séances de RPP. Pour la plupart des patientes du groupe BFB, les progrès ne sont perçus qu'autour de la 5^{ème} séance.

Cela peut être lié au fait que, selon la méthode de RPP employée, la prise de conscience du travail périnéal n'a pas lieu de la même manière chez les patientes, comme nous l'avons exposé dans le paragraphe précédent. Il est en effet plus facile pour les femmes pratiquant la technique manuelle de ressentir ce qui se passe au niveau de leur périnée, puis de retrouver cet effet lors des exercices à domicile. De plus, le toucher vaginal réalisé lors des séances permet à ces femmes d'être guidées lors des efforts musculaires ce qui favorise la création de repères afin d'obtenir finalement une meilleure *maîtrise* de leur périnée.

Quant aux femmes pratiquant le biofeedback, la visualisation de la contraction périnéale lors de la séance de rééducation représente un repère concret. Il s'agit de se rapprocher d'une courbe représentant un effort périnéal adapté. Les femmes voient en direct l'évolution de leur tonus musculaire. Leur attention est davantage centrée sur l'écran que sur le ressenti périnéal. Cependant, au quotidien, les femmes n'ont pas la possibilité de se raccrocher à une telle représentation de l'effort musculaire, donc de visualiser si elles « progressent ».

Pourtant, nous avons vu dans la partie précédente que le sentiment de progrès ressenti apparaît davantage dans le groupe biofeedback. Les femmes qui font du biofeedback accorderaient donc plus d'importance aux progrès qu'elles constatent visuellement. Cela s'expliquerait par le fait que la *visualisation du progrès* sur l'écran est la base de la technique du biofeedback.

Certaines femmes, ayant répondu à notre questionnaire, ont avoué avoir travaillé plus volontiers leur périnée, lorsqu'elles ont elles-mêmes constaté des progrès. On peut donc en déduire que le travail à domicile est encouragé par le sentiment de progression des femmes. Il découlerait de ce fait que le travail quotidien serait effectué plus tardivement pour les femmes pratiquant le biofeedback.

Cette déduction nous amènerait au sujet concernant le testing périnéal. En fait, celui-ci serait plus élevé pour les patientes du groupe travail manuel, car, les progrès étant ressentis plus rapidement par ces femmes, cela les encourageraient à travailler davantage en auto-prise en charge.

3.2.4 La prise de conscience du périnée dans la vie quotidienne

Nous avons vu, en deuxième partie, que la prise de conscience du rôle du périnée dans la vie quotidienne se faisait plus facilement chez les patientes pratiquant une RPP par travail manuel. Cette observation peut être la conséquence d'un travail périnéal effectué plus volontiers et de manière plus efficace en auto-prise en charge, sans pour autant que la différence soit significative.

Lorsqu'elles effectuent une RPP par travail manuel, les patientes se fient aux sensations périnéales ressenties au cours de la séance. Cela est couplé aux connaissances apportées par le travail manuel au cours de la séance avec la SFL, ce qui les rend autonome ensuite pour maîtriser leur périnée. Elles sont capables d'utiliser ces connaissances pour retrouver des sensations périnéales au quotidien, lorsqu'elles effectuent volontairement des exercices. C'est aussi le cas lors de tâches ou d'évènements quotidiens (porter des courses, monter des marches, éternuements...). Quant au biofeedback, bien que les exercices visent à simuler une situation du quotidien, le rapport à la vie de tous les jours n'est pas tout à fait le même.

La prise de conscience du rôle périnéal est plus simplement acquise par les femmes qui pratiquent le travail manuel en RPP, car c'est là même le fondement de cette méthode.

3.3 Pour aller plus loin

3.3.1 Hypothèses sur l'avenir

Nous avons mis en évidence que le travail manuel et le biofeedback ont une efficacité équivalente concernant l'amélioration des troubles de la continence urinaire du post-partum. Cependant, nous avons également observé quelques différences dans le ressenti et le vécu de la RPP, sans qu'elles soient toutes significatives, entre ces deux méthodes.

On peut effectivement s'interroger sur les bénéfices de l'obtention d'un testing élevé chez les femmes en fin de RPP. L'acquisition par les patientes d'une qualité de contraction périnéale supérieure apporte-t-elle davantage de bénéfices sur la continence au long terme que lorsque celle-ci n'est que moyenne? Dans quelles mesures et à quel point un bon testing périnéal est-il un facteur protecteur par rapport au risque de prolapsus et d'incontinence ultérieurs?

Les accouchements ne sont pas les seuls traumatismes causés au périnée. Celui-ci peut également être lésé au quotidien par les habitudes de vie : le sport, les conditions de travail liées à la profession, le tabagisme... Tous ces phénomènes constituent des pressions thoraco-abdominales néfastes pour les muscles périnéaux. Afin de sauvegarder le périnée, il est nécessaire de réduire au maximum ces pressions par la prise de nouvelles habitudes de vie, en plus de l'acquisition d'une tonicité périnéale suffisante. Cette adaptation des conditions de vie, de travail sur les postures et sur la tonicité abdominale peuvent bien entendu être associées à toutes les techniques de RPP.

Cependant, nous avons remarqué que les femmes qui sont rééduquées par travail manuel ont tout de même une meilleure conscience du rôle de leur périnée au quotidien. Cela pourrait laisser suggérer que ces femmes accordent davantage d'attention au travail périnéal. Il serait plus aisé pour elles d'intégrer, en plus de ce travail, la notion de maîtrise des pressions abdominales à l'effort au quotidien. Au long terme, si cette nouvelle hygiène de vie est respectée, il se pourrait que ces femmes soient, au long cours, moins touchées par les troubles périnéaux sphinctériens.

Ainsi, une prochaine étude pourrait nous amener à comparer de nouveau le biofeedback et le travail manuel mais sur le long terme. Il faudrait pouvoir réaliser un état des lieux des troubles périnéaux sphinctériens chez des femmes qui ont anciennement pratiqué l'une des deux méthodes de RPP.

3.3.2 Proposition d'un outil professionnel

Nous proposons un outil qui se présenterait sous la forme d'une fiche d'informations illustrée destinée aux patientes. Celle-ci serait distribuée par les professionnels qui cherchent à sensibiliser les femmes au sujet du périnée.

On y trouverait les éléments suivants :

- Une définition synthétique du périnée

Le périnée est un ensemble de muscles qui constitue le « **plancher** » qui soutient l'ensemble des organes de l'abdomen.

- Une description simple de son rôle

Le périnée joue un rôle essentiel, tout au long de la vie, dans la **continence** et le **soutien** des organes pelviens.

- Une liste de bonnes habitudes pour prendre soin du périnée

Ne pas faire : tout ce qui entraîne une pression thoraco-abdominale

- Se retenir pour aller aux toilettes
- Pousser lorsque l'on va aux toilettes
- Se tenir le dos voûté et les épaules fermées

Faire : tout ce qui peut soulager le périnée des pressions thoraco-abdominales

- Se tenir le dos droit, étiré vers le haut
- Plier les genoux pour se baisser plutôt que se pencher en avant
- Serrer son périnée avant et pendant que l'on porte une charge, lorsque l'on monte des marches, lorsque l'on court
- Serrer son périnée lors d'éternuements ou de toux

Importance de la respiration :

- toujours effectuer un effort périnéal sur une **expiration**

- Quelques exercices à inclure dans le quotidien

Faire des séries « je serre/je relâche » le périnée lors d'activités quotidiennes :

- en position bien assise devant la télévision, en voiture au feu rouge
- debout, bien droite, dans une file d'attente, en attendant le bus
- allongée sur le dos dans son lit
- « faire remonter », « tirer vers le haut » son périnée après le passage aux toilettes

- Une conclusion mnémotechnique sur l'importance de prendre soin du périnée chaque jour

Le périnée est comme un sportif : il doit travailler tous les jours pour être au niveau et garder de bonnes habitudes au quotidien.

Conclusion

Notre enquête a comparé deux techniques de RPP : le biofeedback et le travail manuel. Cette comparaison s'est portée sur différents critères: les résultats d'amélioration des troubles, le vécu des femmes et leur ressenti vis-à-vis de la méthode choisie.

Les résultats obtenus n'ont démontré aucune différence entre les méthodes étudiées concernant les résultats sur les troubles. Toutes deux sont en effet très efficaces pour le traitement de l'incontinence urinaire du post-partum.

De même, les femmes vivent la rééducation de manière comparable pour le biofeedback et le travail manuel. Le vécu de la RPP est très bon pour la majorité d'entre elles, bien que la notion de pudeur soit encore un obstacle pour un nombre restreint de patientes.

Pourtant, le travail de rééducation s'effectue différemment pour ces deux techniques. La valeur du progrès est un élément essentiel de la RPP par biofeedback, alors que ce sont les connaissances sur le périnée qui constituent la base du travail manuel. Ainsi, les patientes qui pratiquent l'une ou l'autre de ces méthodes, ne prennent pas conscience du rôle et du fonctionnement de leur périnée de la même manière.

Le choix de la technique importe donc peu pour traiter les troubles si l'on se fie uniquement aux résultats finaux. Cependant, c'est la prise de conscience par les patientes du rôle du périnée au quotidien qui pourrait faire la différence sur le long terme. Il nous paraît donc primordial de sensibiliser les femmes au rôle périnéal dans la vie de tous les jours.

La majorité des femmes pense que les résultats de leur RPP sont autant dépendants de la SF que d'elles-mêmes. La SFL doit donc être suffisamment à l'aise et enthousiaste avec la technique qu'elle propose à ses patientes pour pouvoir les guider aux mieux. Dans l'idéal, la patiente aurait également tout intérêt à pouvoir choisir la méthode qu'elle estime lui correspondre le mieux.

Références bibliographiques

1. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ;2011 mars
2. Aubin I. Incontinence urinaire du post partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La Revue Exercer ; 2006mars/avril ; (77) : 40-44
3. Hugot S. Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum Une étude qualitative par 14 entretiens individuels [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011 :7-17
4. Consulté le 17/02/2013 Code de la Santé Publique Articles R4127-318 et L.4153-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr>
5. Foerster S. La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble Ecole de sage-femme de Grenoble ; 2013 :2-4
6. ANAES. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à données l'exclusion des affections neurologiques; 2010 février :
7. Nicot S. La connaissance et maîtrise du périnée (CMP), évaluation des bénéfiques d'une méthode d'éducation périnéale. Vocation Sage-femme 2010 janvier ; (78) :15-18
8. Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [mémoire sage-femme]. Paris : Université Paris-Descartes ESF Baudelocque ; 2011 :25-27
9. Vivenot C. La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré Ecole de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009 :6-14
10. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre :1-14
11. Fatton B, Jacquetin B, Madelenat P. Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999

12. Institut National de Veille Sanitaire. Incontinence urinaire évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France Métropolitaine. Paris : INSERM ; 2008. Enquête IU2007-04 :1-53
13. Vallée JA, Charpentier JM, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France Une enquête transversale en médecine générale. Médecine ; 2005 oct :32-37

Schémas :

Schéma 1 : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre :9

Schéma 2 : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre :12

Schéma 3 : Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 décembre :14

Bibliographie

Revues

14. Aubin I. Incontinence urinaire du post partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La Revue Exercer ; 2006 mars/avril ; (77) : 40-44
15. De Gasquet B. Cultures & périnée. Les DO ; 2014 mai ;(437) :4-8
16. Fatton B, Jacquetin B, Madelenat P. Conséquences pelvi-périnéales de l'accouchement. Clermont Ferrand, Paris : Enseignement Colo-proctologie. 1999
17. Lebret T, Colau JC, Haab F. Périnée : halte aux mauvaises habitudes. Parents ; 2004 octobre ; (428) : 136-138
18. Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. Sexologies ; 2009 ; (18) :134-140
19. Nicot S. La connaissance et maîtrise du périnée (CMP), évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale. Vocation Sage-femme ; 2010 janvier ; (78) :15-18
20. Quelle place pour la rééducation ? Avant ou après la naissance. JTA ; 2004 :1-10
21. Peyrat L, Haillot O, Bruyère F, et al. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. Progrès en urologie ; 2002 ; (12) :52-59
22. Uhlig Schwaar S. L'éducation du périnée, une conquête de soi. Sage-femme ; 2007 fev :36-37
23. Vallée JA, Charpentier JM, Le Noc Y. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France Une enquête transversale en médecine générale. Médecine ; 2005 oct : 32-37

Thèses et Mémoires

24. Foerster S. La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes Isère [mémoire sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fournier UFR de Médecine Grenoble Ecole de sage-femme de Grenoble ; 2013
25. Hugot S. Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum Une étude qualitative par 14 entretiens individuels [thèse médecine générale]. Paris : Université Denis Diderot Faculté de Médecine ; 2011

26. Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [mémoire sage-femme]. Paris : Université Paris-Descartes ESF Baudelocque ; 2011
27. Takvorian A. Rééducation du post-partum Etude de la corrélation entre le résultat clinique de la sage-femme et le degré de satisfaction des patientes [mémoire sage-femme]. Lyon : Ecole de sage-femme de Lyon ; 2009
28. Vivenot C. La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription [mémoire sage-femme]. Nancy : Université Henry Pointcaré Ecole de sage-femme Albert Fruhinsholz ; 2009

Supports de cours

29. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie du périnée féminin [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 dec
30. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens [support de cours]. Université médicale virtuelle francophone ; 2011 mars
31. Debodinance JH. Incontinence urinaire : prise en charge globale (Sémiologie, bilan et schéma de prise en charge) [support de cours]. CH Dunkerque ; 2010 :1-46

Institutions de recherche

32. ANAES. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à données l'exclusion des affections neurologiques. Service recommandations et références professionnelles ; 2010fev
33. Institut National de Veille Sanitaire. Incontinence urinaire Evaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France Métropolitaine. Paris : INSERM ; 2008. Enquête IU2007-04 :1-53

Congrès

- ❖ Aubry M. Rééducation périnéale, image du corps, libido. Sexogyn ; 2013 mai 23 25 Marseille

Sites internet

- ❖ Consulté le 17/02/2013 Code de la Santé Publique Articles R4127-318 et L.4153-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 34. Dran C. (page consulté le 09/09/2014). Anatomie du périnée obstétrical, [en ligne]. <http://www.em-consulte.com>
- 35. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, et al. (page consultée le 20/07/2014). Le périnée, qu'en savent les femmes ?, [en ligne]. <http://www.em-consulte.com>

ANNEXE I

Questionnaire sur la rééducation périnéale du postpartum

Madame,

Actuellement étudiante Sage-femme en 5e année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je prépare un mémoire sur la rééducation périnéale. Afin de mener à bien ces recherches, je vous propose de remplir ce questionnaire si vous avez accouché il y a moins d'un an et après une dizaine de séances de rééducation. Cela ne vous prendra qu'une dizaine de minutes. Les informations de ce questionnaire seront utilisées uniquement pour mon mémoire et sont strictement confidentielles et anonymes.

1. Profil : (pour les réponses à choix multiples, entourez les propositions qui vous conviennent):

- Age :
- Taille et poids actuels :
- Profession :
- Pratiquez-vous régulièrement un sport ? Oui/Non Si oui, lequel ?
- Etes-vous fumeuse ? Oui/Non
- Sujette aux toux chroniques ? Oui/Non
- Avez-vous des antécédents personnels d'incontinence urinaire ? Oui/Non
- Avez-vous des antécédents personnels de prolapsus (=descente d'organes)? Oui/Non
- Existe-t-il dans votre famille proche des personnes sujettes à l'incontinence urinaire ? Oui/Non
Si oui, indiquez la ou les personnes concernées.

A partir de quel âge les troubles ont-ils commencés chez cette (ces) personne(s) ?

- Votre mère/tante ou sœur est-elle sujette au prolapsus ? Oui/Non
Si oui, indiquez la ou les personnes concernées.
A partir de quel âge les troubles ont-ils commencés chez cette (ces) personne(s) ?

- Antécédents obstétricaux :

(Entourez les réponses qui vous conviennent ou complétez la case)

	1 ^{er} accouchement	2 ^{ème} accouchement	3 ^{ème} accouchement
Date d'accouchement			
Mode accouchement	_ Voie basse _ Césarienne après 5cm de dilatation	_ Voie basse _ Césarienne après 5cm de dilatation	_ Voie basse _ Césarienne après 5cm de dilatation
Anesthésie péridurale	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Périnée	_ Intact _ Déchirure simple _ Episiotomie	_ Intact _ Déchirure simple _ Episiotomie	_ Intact _ Déchirure simple _ Episiotomie
Poids du bébé			
Forceps ou ventouse	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Durée du travail supérieure à 12h	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Efforts de poussée pendant plus de 20 min	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non

- ❖ Avez-vous déjà fait de la rééducation périnéale avant ce dernier accouchement? Oui/Non
- ❖ Avez-vous eu des fuites urinaires pendant cette dernière grossesse? Oui/Non
- ❖ Allaitement maternel en cours? Oui/Non
- ❖ Depuis combien de temps avez-vous arrêté l'allaitement maternel ?

2 A propos de la rééducation périnéale en cours (entourez la réponse qui vous convient)

- Quel type de rééducation avez-vous pratiqué ? Avec une sonde/Travail manuel avec la sage-femme
- Avez-vous conscience du travail des muscles périnéaux lors de la réalisation des exercices pendant la séance ? Oui/Non/Moyennement
- Avez-vous conscience de votre périnée dans vos activités au quotidien? Oui/Non/Moyennement
- Avez-vous pu améliorer le contrôle de la miction (=l'action d'uriner)? Oui/Non/Moyennement
- Travaillez-vous régulièrement votre périnée au moyen d'exercices réalisés tous les jours? Tous les jours/Parfois/Jamais
- Avez-vous pris de nouvelles habitudes au niveau de votre périnée ? Oui/Non
Si oui, lesquelles ?

- De qui dépend surtout la réussite du travail de rééducation périnéale selon vous?
La sage-femme/Vous/Les 2
- Premiers progrès ressentis quand ? (quelle séance ?)
- D'après vous, y a-t'il une nécessité à poursuivre les exercices périnéaux après la fin de la rééducation? Oui/Non

Si oui, dans quel contexte ? Après un accouchement/Tous les jours/Si les symptômes réapparaissent

3 Efficacité de la rééducation

1. Bilan des gênes et troubles de départ :

Testing de départ : /5 (demandez à votre sage-femme)

Cochez les réponses qui correspondent à votre situation au moment du début de la rééducation périnéale.

- Impériosité mictionnelle (=caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner)
 - Absente
 - Délai de sécurité (=délais entre le moment où l'envie d'uriner est ressentie et le moment où vous devez uriner) entre 10 et 15 min.
 - Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes
 - Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes
 - Délai de sécurité < 2 minutes
- Fuite urinaire par impériosité
 - Absente
 - Moins d'une fois/mois
 - Plusieurs fois/mois
 - Plusieurs fois/semaine
 - Plusieurs fois/jour
- Fuites urinaires à l'effort
 - Absente
 - Lors des efforts violents (sport, course, port de charges,)
 - Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, rire)

- Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)
- Au moindre changement de position

ACTIVITES QUOTIDIENNES (au début de la rééducation)

- Vos troubles urinaires vous gênaient ils:
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Énormément
- Deviez-vous porter des protections en raison des fuites urinaires :
 - Jamais
 - La journée
 - La nuit
 - Les 2
- Deviez-vous interrompre fréquemment au cours d'un travail ou de vos activités quotidiennes pour aller uriner?
 - Jamais
 - Rarement
 - Quelquefois
 - Souvent
 - Très souvent
- Vos troubles urinaires avaient-ils un retentissement sur votre vie sociale (arrêt d'un sport, relation avec des amis, moins de sorties...)?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément
- Avaient-ils un retentissement sur votre moral (stress, angoisse, déprime...)?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Enormément

2. Satisfaction, amélioration après 10 séances:

Testing d'arrivée : /5

Cochez les réponses qui correspondent à votre situation actuelle.

- Impériosité mictionnelle (ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite)
 - Absente
 - Délai de sécurité (délais entre le moment où l'envie d'uriner est ressenti et le moment où vous devez uriner) entre 10 et 15 min.
 - Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes
 - Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes
 - Délai de sécurité < 2 minutes

- Fuites urinaires par impériosité
 - Absente
 - Moins qu'avant la rééducation
 - Toujours pareil qu'avant la rééducation
 - Plus qu'avant la rééducation

- Fuites urinaires à l'effort
 - Absente
 - Lors des efforts violents (sport, course, port de charges)
 - Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, rire)
 - Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)
 - Au moindre changement de position

ACTIVITES QUOTIDIENNES (après 10 séances de rééducation)

- Après une dizaine de séances de rééducation, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
 - Énormément

- Devez-vous porter des protections en raison des fuites urinaires :
 - Jamais
 - La journée
 - La nuit
 - Les 2

- Avez-vous dû vous interrompre au milieu d'un travail ou de vos activités quotidiennes pour aller uriner?
 - Jamais
 - Rarement
 - Quelquefois
 - Souvent
 - Très souvent

D'une manière générale, êtes-vous satisfaite de votre rééducation périnéale ? Oui/Non
Pourquoi ?

➤

3. Quel est votre vécu de la rééducation ?

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Excellent

Pourquoi ?

➤

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Amaryllis Couchot, étudiante Sage-femme en 5e année.

Le périnée : « mode d'emploi »

Le périnée

C'est un ensemble de muscles qui constitue le « **plancher** » qui soutient l'ensemble des organes de l'abdomen.

Son rôle

Le périnée joue un rôle essentiel, tout au long de la vie, dans la **continence** et le **soutien** des organes pelviens.

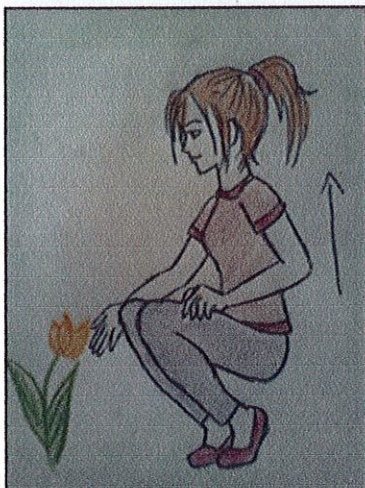
Quelques règles pour prendre soin de son périnée :

Ne pas faire : tout ce qui entraîne une pression thoraco-abdominale

- Se retenir pour aller aux toilettes
- Pousser lorsque l'on va aux toilettes
- Se tenir le dos voûté et les épaules fermées

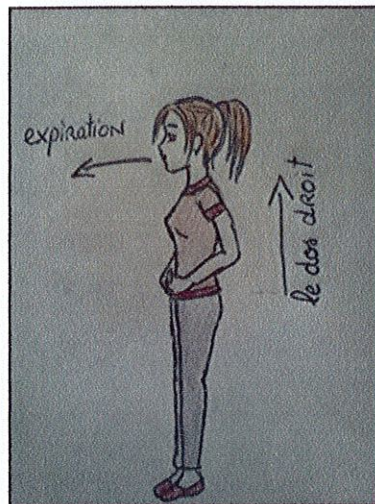
Faire : tout ce qui peut soulager le périnée des pressions thoraco-abdominales

- Se tenir le dos droit, étiré vers le haut
- Plier les genoux pour se baisser plutôt que se pencher en avant



- Serrer son périnée avant et pendant que l'on porte une charge, lorsque l'on monte des marches, lorsque l'on court
- Serrer son périnée lors d'éternuements ou de toux

Importance de la respiration :

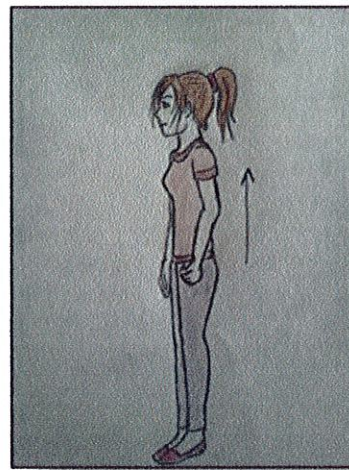


- toujours effectuer un effort périnéal sur une **expiration**

Quelques exercices pour entretenir son périnée

Faire des séries « **je serre/je relâche** » le périnée lors d'activités quotidiennes et au cours d'une **expiration**:

- en position bien assise devant la télévision ou l'ordinateur, en voiture au feu rouge...



- debout, bien droite, dans une file d'attente, en attendant le bus...
- allongée sur le dos dans son lit
- « **faire remonter** », « **tirer vers le haut** » son périnée après être allée aux toilettes

Le périnée est comme un sportif : il doit travailler tous les jours pour être au niveau et garder de bonnes habitudes au quotidien.

