

4.3.4. Améliorations à apporter.....	37
4.4. En ce qui concerne les patientes non observantes.....	37
4.4.1. Les caractéristiques de la non-observance.....	37
4.4.2. Améliorations à apporter.....	38
5. Discussion.....	39
5.1. Critique de l' étude.....	39
5.2. Présentation des autres études.....	40
5.3. Comparaisons des différentes études.....	42
5.3.1. Profil des deux populations.....	42
5.3.2. Les patientes observantes.....	43
5.3.3. Les patientes non observantes.....	44
5.4. Les propositions d'amélioration.....	45
5.4.1. Mieux cibler la population.....	45
5.4.2. Mieux informer : adaptation de l'information.....	45
5.4.3. La pratique de la rééducation périnéale.....	46
5.4.4. La non observance de la rééducation périnéale.....	47
6. Conclusion.....	48
7. Références bibliographiques	50
8. Annexes.....	52
8.1. Annexe I : Technique de réalisation du Testing.....	52
8.2. Annexe II: Lettre d'informations distribuée aux patientes lors du recrutement en suites de couche.....	53
8.3. Annexe III: Le consentement.....	56
8.4. Annexe IV: La grille de données.....	57
8.5. Annexe V: Le Questionnaire.....	58
8.6. Annexe VI : Nomenclature des Professions et Catégorie Socioprofessionnelles (PCS) (Code INSEE).....	64
8.7. Annexe VII: La méthode Kegel.....	65
8.8. Annexe VII: La plaquette d'informations.....	66
9. Résumé/Summary.....	67
9.1. Résumé.....	67
9.2. Summary.....	69

Liste des abréviations

CH: Centre Hospitalier

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CMP: Connaissance et Maîtrise du Périnée

HAS: Haute autorité de santé

IMC: Indice de Masse Corporelle

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SA: Semaine d'Aménorrhée

VPN: Visite Post-Natale

1. Introduction

La Haute autorité de santé (HAS), a émis, en 2002, des recommandations concernant la rééducation dans le post-partum. Elles ont permis de clarifier les objectifs («le but de cette rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors de ses efforts»), les conditions et les indications de la prescription («la prescription des séances de rééducation du post-partum ne doit pas être considérée comme systématique»). L'HAS précise également que le niveau de preuve des études retrouvées dans la littérature, à ce sujet, est faible et qu'il n'existe pas de consensus professionnel [1]. En attendant de nouvelles recommandations, la pratique de la rééducation périnéale est donc actuellement sujette à des controverses, car peu d'études confirment le bénéfice d'une prise en charge rééducative dans le post-partum, notamment sur son efficacité à long terme [2]. Étudier l'observance des patientes, la pratique de la rééducation périnéale et leur opinion, pourrait se révéler être un argument de poids décisif pour améliorer l'efficacité préventive (les populations à mieux cibler, les arguments à avancer, l'adaptation des pratiques) des complications périnéo-sphinctériennes ultérieures avec parfois des conséquences sociales et organiques sévères.

Une étude épidémiologique de cohorte, prospective, monocentrique, descriptive a été mise en place. Afin, dans un premier temps d'évaluer, la proportion de femmes observantes ou non, leurs différentes caractéristiques ou facteurs de risques, puis, leur avis et leurs difficultés éventuelles. Tout ceci dans le but ultérieur, de fournir une base de données et pouvoir par la suite étudier l'impact des actions qu'il est possible de mettre en place pour améliorer le suivi par les femmes de leur rééducation périnéale.

Après des généralités à propos de la rééducation périnéale et quelques données sur l'observance thérapeutique, l'étude et les résultats confrontés aux rares données de la littérature, seront présentés.

2. Généralités

2.1. La rééducation périnéale

2.1.1. Définition

Selon les recommandations de l'HAS de 2002, l'objectif principal de la rééducation périnéale est de « redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts »

Selon ces mêmes recommandations, la prescription de la rééducation périnéale dans le post-partum n'étant pas systématique, le bilan périnéal lors de la visite post-natale entre 6 à 8 semaines après l'accouchement revêt alors toute son importance.

2.1.2. Bilan et exploration

L'interrogatoire:

L'interrogatoire est un élément clé par lequel doit débiter la prise en charge. Il permet dans un premier temps d'établir un contact entre le professionnel et le patient et d'identifier les besoins, grâce notamment à l'écoute de la plainte.

Il est nécessaire d'y aborder:

- la fonction mictionnelle
- la douleur
- la statistique pelvienne
- la sexualité
- le retentissement psychique

La prescription d'un bilan uro-dynamique est rare en post-partum

L'examen clinique:

Le grand principe de cet examen clinique est d'évaluer la persistance de déficiences, conséquences directes ou non de la grossesse et/ou de l'accouchement.

- L' examen débute debout afin d'observer la statique.

- Un examen uro-gynécologique simple est ensuite réalisé:

Il consiste, dans un premier temps, en l'inspection vulvaire. Le degré de fermeture des lèvres après écartement ainsi que la trophicité des muqueuses sont évalués. S'il existe une cicatrice, la qualité de cicatrisation est également notée.

Par la suite, une incontinence et un prolapsus sont recherchés grâce à la demande de toux.

Enfin un testing est réalisé. Il permet d'explorer à la fois la force de contraction, la tenue, la fatigabilité des muscles périnéaux et l'existence ou non d'une asymétrie droite/gauche. (Annexe I)

La difficulté de cet examen réside dans le fait qu'il soit partiellement subjectif. En effet c'est un ressenti de la part du soignant. Cependant des cotations relativement précises sont à utiliser.

2.1.3. Les techniques de rééducation périnéale

L'information:

L'information est une étape préalable nécessaire à la bonne pratique de la rééducation périnéale. Elle va permettre à la patiente de mieux connaître le rôle, l'anatomie de son périnée et donc de prendre conscience de l'importance du travail de rééducation. Les différentes techniques lui seront également exposées. Tout ceci dans le but d'obtenir son consentement éclairé.

Le travail manuel et les exercices du plancher pelvien:

Ce type de rééducation consiste à prendre conscience des différents muscles périnéaux et à l'apprentissage de leur contraction à l'aide de la sollicitation et de la résistance des doigts du soignant.

Le verrouillage périnéal lors d'efforts doit s'apprendre et se répéter pour qu'il devienne systématique lors d'un effort.

Le biofeedback:

Cette technique est basée sur un rétrocontrôle visuel. La patiente effectue des contractions vaginales sur une sonde endocavitaire munie de capteurs de pression. Elle doit suivre sur un écran des stimulus visuels, mimant une contraction plus ou moins longue ou d'intensité variable.

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

L'électrostimulation:

L'utilisation de cette technique est possible et souvent couplée au biofeedback. Mais, il existe une contre-indication lors du post-partum, après un accouchement voie basse, lorsque il y a des neuropathies d'étirement (absence de sensibilité ou de tonus d'un ou des muscles périnéaux). En effet, les impulsions électriques employées dans cette technique, réduisent les capacités des tissus à cicatriser correctement. Notamment, elles empêchent le processus de réinnervation des tissus lésés lors de leur distension au cours d'un accouchement voie basse.

La technique CMP (Connaissance et maîtrise du périnée)

La CMP est une méthode « d'éducation périnéale » qui utilise la visualisation comme outils. Cette technique grâce à des images « parlantes » (pont levis, vague, fleur...) permet de faire travailler par des contractions volontaires, les différentes parties du périnée. Cette méthode induit une implication importante de la part de la patiente avec des exercices réguliers à domicile.

Les autres techniques:

LES CÔNES

Cette méthode ancienne, consiste à introduire dans le vagin des cônes de même forme mais de poids différents. Ainsi, la patiente en position debout, contracte son périnée afin de maintenir le cône en place. Cet exercice est à réitérer plusieurs fois et le poids des cônes est augmenté au fur et à mesure de la progression de la musculature périnéale. Les avantages de ces cônes sont la possibilité d'un travail à domicile et l'augmentation du poids des cônes peut être un mécanisme motivationnel non négligeable. Cependant, seule la contraction généralisée est travaillée.

L'EUTONIE

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

Quelle que soit la technique utilisée, le nombre important des méthodes existantes rend difficile leur évaluation et la mise en place de protocole de rééducation [3].

Cependant, de nombreuses études ont permis de mettre en évidence une efficacité supérieure lorsque plusieurs techniques sont associées [5], [6], [7].....

2.2. L'observance

2.2.1. Définition

L'observance thérapeutique est définie comme le degré d'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin. Aujourd'hui, alors que le libre arbitre du patient est primordial depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (aussi appelée « loi Kouchner »), un nouveau terme d'adhésion thérapeutique est apparu. Cette notion correspond à « la volonté et l'approbation réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie » [8]. C'est un état actif . Synonyme de l'observance, il décrit un phénomène dynamique multifactoriel mais souvent difficilement évaluable.

L'amélioration de l'observance thérapeutique est un enjeu majeur de santé publique. L'OMS a estimé dans son rapport « adherence to long term therapy: Evidence for action » publié en 2003, que dans les pays développés seuls 50% des patients atteints de maladies chroniques respectaient leurs traitements (médicamenteux et non-médicamenteux). Ainsi, la mauvaise observance engendre, une augmentation des complications mais également des conséquences économiques non négligeables: aux États-Unis le coût des hospitalisations suite à une inobservance est estimé à 100 milliards de dollars par an. Des actions visant à améliorer cette compliance semblent donc indispensables actuellement.

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

2.2.2. Évaluation de l'observance : applications possibles à la rééducation périnéale

Il existe deux types de méthodes pour évaluer l'observance.

Les méthodes directes

Toute la difficulté réside dans le fait que pour la rééducation du périnée, aucun marqueur biologique ou organique n'est quantifiable pour prouver une rééducation périnéale bien suivie. En effet, les variations inter individuelles sont trop importantes et les instruments de mesures trop peu nombreux ou contraignants.

Les méthodes indirectes

Les méthodes indirectes sont celles dont l'application est la plus réalisable dans le cadre de la rééducation périnéale.

L'entretien est simple mais dépendant de la manière dont sont posées les questions. La confiance envers le soignant est également directement mise en jeu (pouvoir se confier, tout dire). Il est difficile d'obtenir des réponses sur un grand échantillon en peu de temps.

Le questionnaire implique une plus grande objectivité du patient si les questions sont neutres. Il est sans doute plus facile d'exprimer son opinion surtout si les questionnaires sont anonymes.

Selon diverses études, il n'existe aucune méthode idéale. Le plus efficace est de coupler deux méthodes, dont l'une reposant obligatoirement sur le dire du patient [9].

2.2.3. Les déterminants de l'observance: applications possibles à la rééducation périnéale

Les pathologies

L'observance est d'autant plus difficile lorsque la maladie est asymptomatique ou lorsqu'on cherche à prendre en charge les facteurs de risques d'une pathologie. Dans ces deux cas le patient, ne se sent pas malade et ne ressent pas, de façon évidente, les bénéfices du traitement. Cette situation se retrouve souvent dans le cadre de la rééducation périnéale. En effet, l'incontinence urinaire dans le post-partum est présente dans 15 à 40% des cas selon les auteurs, et un tiers guériront spontanément en 12 à 18 mois. Ainsi, l'étude de Alewijnse D, Mesters I et al. [10] démontre qu'une patiente présentant des incontinenances urinaires sera plus assidue à réaliser ses exercices personnels de contractions périnéales. La prise de conscience de l'intérêt du traitement est souvent difficile devant l'absence de symptômes.

Le traitement

Généralement, un traitement non-médicamenteux est plus difficile à respecter car moins concret qu'un comprimé à avaler.

Plus le traitement est perçu comme efficace, meilleure sera l'observance. L'un des objectifs de la rééducation périnéale, est une action préventive des complications uro-dynamiques à long terme, par notamment l'apprentissage d'exercices devant devenir, dans l'idéal, des automatismes quotidiens. Ainsi, cet objectif est loin d'être concret pour les femmes qui viennent de vivre un accouchement.

Le patient

- L'âge du patient est un facteur influençant. Les âges extrêmes de la vie sont les plus influents. La rééducation périnéale est peu concernée par ce facteur, car les patientes ne font pas partie de cette tranche d'âge.
- La situation socio-professionnelle : la précarité peut influencer l'observance. En effet, la santé revêt une importance secondaire par rapport à l'alimentation, au logement... L'avenir est plus difficilement envisageable.
- Le niveau d'instruction et le milieu de vie: il peut exister des barrières culturelles, linguistiques ou intellectuelles, vis à vis notamment de la compréhension du traitement, des informations médicales et de leurs utilités ...

- le statut émotionnel du moment: l'estime de soi, l'anxiété, la fatigue... influencent la motivation face aux contraintes du traitement. Dans la période du post-partum, les patientes ne donnent pas priorité à la rééducation puisque l'arrivée d'un enfant bouleverse le statut émotionnel et organisationnel de la vie du couple.
- la représentation du corps et de la maladie propre à chacun, associée aux connaissances, modifie le comportement face au traitement. Par conséquent, il est important que le praticien tienne compte de l'histoire du patient et de son vécu. En effet, ces éléments ont une influence importante sur le comportement du patient vis à vis de sa maladie.

L'entourage

Il influence dans deux situations antagonistes.

L'isolement social avec une absence de soutien familial, peut influencer un manque de motivation pour prendre en charge sa pathologie.

À l'inverse, un entourage influant avec des croyances non convaincues sur le sujet, contribue à augmenter la non observance.

Il peut également exister une confusion des informations venant des diverses sources: médias, soignants, familles, forums...

Le prescripteur

La conviction du soignant dans la prise en charge choisie est essentielle. La qualité de l'écoute et la simplicité des informations délivrées contribue à une meilleure observance. La fréquence des séances et la disponibilité du professionnel sont des éléments primordiaux.

Le système de soins

Pour améliorer l'observance en théorie, il faut alléger au maximum les contraintes thérapeutiques et se préoccuper plus de « la subjectivité du patient que de l'objectivation de ses défaillances » [11]. Mais cette idée est très compliquée à instaurer en pratique.

Quatre grands principes sont identifiables pour améliorer l'observance:

- le patient doit être convaincu qu'il souffre d'une maladie
- il doit comprendre les risques encourus sans être exagérément anxieux
- il doit être persuadé de l'effet bénéfique du traitement
- il doit être convaincu que le traitement apporte plus d'avantage que d'inconvénient

En somme, la mauvaise observance est un phénomène complexe, difficile à évaluer, mais dont la compréhension est indispensable au bon fonctionnement et à l'efficacité du système de santé.

2.2.4. Facteurs pouvant influencer l'observance de la rééducation périnéale dans le post-partum:

Les facteurs socio-démographiques

D'après les facteurs influençant l'observance, exposés dans la partie généralités, l'âge, la situation familiale, la situation professionnelle et le niveau d'étude auraient un impact sur la compliance des patientes. Une femme seule aura sans doute moins de temps à consacrer à la rééducation. La situation socio-professionnelle implique des variations des priorités et de compréhension [12].

Plus l'âge augmente, plus il y a de risque d'incontinences urinaires donc de symptômes nécessitant une prise en charge [13].

Les facteurs médicaux

Les facteurs médicaux auraient une influence indirecte sur l'observance. En effet, comme précisé ci-dessus, la présence de symptômes (en l'occurrence des fuites urinaires, de gaz ou de selles, des douleurs...) amélioreraient la compliance. Aussi, il est démontré qu'un IMC (Indice de Masse Corporelle) augmenté, une prise de poids excessive pendant la grossesse, des antécédents de chirurgie pelvienne, d'infections gynécologiques et urinaires fréquentes, une constipation chronique, et des antécédents obstétricaux particuliers (macrosomie, périnée complet, extraction instrumentale) ont un impact sur l'incontinence urinaire ultérieure [13], [14]. Donc probablement un effet indirect sur l'observance de la rééducation périnéale.

Les facteurs obstétricaux

De même, la parité, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement (le type d'accouchement, les lésions périnéales, le poids de l'enfant) seraient également selon certaines études des facteurs de risques de survenues d'incontinences urinaires dans le post-partum [14], [15].

L'allaitement maternel influence sur le délai entre l'accouchement et le début de la rééducation car avec l'imprégnation hormonale présente, les tissus sont plus fragiles avec une sécheresse plus importante qui influent sur le travail de rééducation. Certaines sages-femmes préconisent de débiter la rééducation périnéale après l'arrêt de l'allaitement maternel [4].

Il serait intéressant, de voir si la préparation à l'accouchement dont la rééducation périnéale du pré-partum, les massages ou les informations délivrées lors de ces séances, améliorent l'observance.

Les facteurs liés à la technique

Afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patientes, il est important d'étudier les caractéristiques des séances de rééducation, les techniques utilisées et la satisfaction des patientes pour ces éléments [16], [17].

Les facteurs liés aux professionnels

Il est intéressant d'étudier la nature du praticien et l'utilité des conseils apportés, dans le but de savoir s'ils influent sur l'observance, puisque le praticien a un rôle majeur dans l'adhésion thérapeutique [17].

2.3. Conclusion

Étant donné l'absence d'étude française publiée retrouvée dans la littérature, il semble intéressant d'étudier l'observance au sujet de la rééducation périnéale. D'autant plus, lorsque nous en connaissons la réputation auprès des femmes concernées et les diverses informations parfois contradictoires ou erronées délivrées (« vous avez eu une césarienne, vous n'avez donc pas besoin de rééducation »). Ainsi, nous pouvons penser, qu'en identifiant les facteurs influençant l'observance de la rééducation périnéale, par cette étude, il pourra être mis en place une prévention ciblée pour un type de population. Et mettre, grâce à des statistiques descriptives, en avant les motivations et la satisfaction des patientes, comprendre celles-ci et les utiliser pour améliorer l'adhésion thérapeutique.

La maternité du CH de Cholet se révèle être un lieu de prédilection pour réaliser cette étude. En effet, actuellement, la question de la rééducation périnéale dans le post-partum est abordée lors des conseils de sortie en suites de couche, comme dans toutes maternités. Mais, contrairement à la maternité d'Angers, où des ordonnances de 10 séances de rééducation et de sonde endovaginale sont données systématiquement à la sortie, à la maternité de Cholet les prescriptions à ce sujet ne sont faites qu'en cas de facteurs de risques ou lors de la visite post-natale fréquemment réalisée par les gynécologues ou la sage-femme de l'hôpital. C'est pourquoi, Cholet se présente comme un lieu idéal pour réaliser cette étude. L'observance pourra être étudiée telle qu'elle est, sans biais d'action supplémentaire incitant les patientes à réaliser la rééducation.

3. Méthode

3.1. Les objectifs de l'étude

3.1.1. L'objectif principal

L'objectif principal était d'identifier les facteurs qui influencent l'observance de la rééducation périnéale dans le post-partum.

3.1.2. L'objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude était de connaître l'opinion, les motivations et la satisfaction des femmes au sujet de la rééducation périnéale dans le post-partum.

3.2. Le type et la durée de l'étude

Cette étude épidémiologique de cohorte, prospective, monocentrique, descriptive, a été réalisée à la maternité de niveau II du CH de Cholet du 16 Septembre au 18 Janvier 2014. Il s'agit d'une étude de dossier complétée de l'étude d'un questionnaire.

3.3. Les populations

3.3.1. La population cible

La population cible intègre l'ensemble de la population générale des femmes qui accouchent en France et dont, les recommandations de la HAS de 2002 relatives à la rééducation périnéale, s'appliquent.

3.3.2. La population source

La population source comprend toutes les femmes qui ont accouché et qui ont été hospitalisées avec leur(s) enfant(s) dans le service des suites de couches du CH de Cholet du 16 Septembre 2013 au 11 Octobre 2013.

3.3.3. Les critères d'inclusion

Dans cette étude, toutes les femmes ayant accouché à un terme supérieur ou égal à 37 SA, hospitalisées en suites de couches avec leur(s) enfant(s), quels que soient leurs antécédents et le déroulement de leur grossesse, ont été incluses.

3.3.4. Les critères d'exclusion

Par souci d'une compréhension optimale du questionnaire, l'étude n'a pas été proposée aux femmes peu ou pas francophones. Les patientes ayant eu une pathologie sévère dans le post-partum immédiat (éclampsie nécessitant une hospitalisation en réanimation, anémie sévère ayant nécessité des transfusions itératives) ont été exclues.

Par la suite, il a été nécessaire d'exclure de l'étude les patientes qui n'avaient pas répondu au questionnaire, malgré la signature du consentement.

3.4. La méthodologie employée

La population étudiée a été recrutée du 16 Septembre 2013 au 11 Octobre 2013 dans le service des suites de couche du CH de Cholet. Suite à la remise d'un document d'information (Annexe II) et à la signature d'un consentement éclairé (Annexe III), les patientes ont alors été incluses dans cette étude. Ce consentement permettait à la fois, d'obtenir l'autorisation de la patiente d'être recontactée pour répondre à un questionnaire, mais également de choisir la modalité du contact: par e-mail (google docs) ou par courrier (une enveloppe et un timbre leur a été fournis). Un numéro d'anonymat a été alors indiqué sur le consentement: il a servi à identifier la patiente tout en conservant l'anonymat de celle-ci, dans le respect de l'éthique.

Dans un premier temps, pour chaque patiente ayant signé le consentement, une grille d'information (Annexe IV) concernant les antécédents personnels, le déroulement de la grossesse, les modalités d'accouchement... a été remplie, lors de la sélection en suites de couche, à l'aide du dossier médical.



Dans un deuxième temps, environ trois mois après l'accouchement (mi Décembre), un questionnaire (Annexe V) a été envoyé aux patientes. À cette date, les patientes avaient normalement réalisé leur visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) et avaient commencé leurs séances de rééducation, si elles en avaient la nécessité. Le questionnaire, nous a informé sur l'existence ou non de symptômes persistant post-grossesse ou post-accouchement, l'observance ou non des patientes pour les séances de rééducation, la cause de cette non observance, le type de rééducation commencé, l'efficacité ressentie et les éléments à améliorer.

Dans un délai de deux semaines après l'envoi du questionnaire, en l'absence de réponse de leur part, un message de rappel leur a été envoyé (le 28/12/13). Nous leur avons, alors, rappelé l'étude et nous leur avons montré notre compréhension par rapport à leur absence de réponse. Un deuxième rappel a été effectué 2 semaines après l'envoi du questionnaire (le 11 Janvier 2014).

Puis l'étude a été close le 18 Janvier 2014.

3.5. Le recueil des données/Les paramètres étudiés

3.5.1. L'observance

Le groupe « patientes observantes », regroupe toutes les patientes ayant au moins réalisé deux séances de rééducation après leur récent accouchement (même si elles ont arrêté avant la fin de leur rééducation). Nous avons choisi deux séances, car nous considérons que la première séance consiste en une prise de contact patient-praticien et la deuxième confirme le choix de la patiente après le premier contact.

A contrario, les patientes du groupe « non-observantes » sont celles qui n'ont effectué qu'une ou aucune séance de rééducation qu'elles que soient leurs raisons: médicales (pas de nécessité selon le soignant lors de la visite post-natale) ou personnelles.

Nous avons cherché à connaître l'influence de ces paramètres.

3.5.2. Les facteurs socio-démographiques

- l'âge
- la situation familiale
- la situation professionnelle
- le niveau d'étude

3.5.3. Les facteurs médicaux

- la présence des antécédents à risques de fragilités périnéales et à risques d'incontinences urinaires:
 - un IMC supérieur ou égal à 25
 - une prise de poids excessive pendant la grossesse
 - des antécédents de chirurgie pelvienne
 - des antécédents d'infections gynécologiques
 - des antécédents d'infections urinaires fréquentes
 - une constipation chronique
 - des antécédents obstétricaux particuliers (macrosomie, périnée complet, extraction instrumentale).

3.5.4. Les facteurs obstétricaux

- la parité
- le déroulement de la grossesse:
 - une hospitalisation et/ou un alitement
 - des pathologies gravidiques ou chroniques
 - une préparation à l'accouchement.

- le déroulement de l'accouchement:
 - la présence d'analgésie ou non
 - le type d'accouchement
 - les lésions périnéales
 - le poids de l'enfant.
- l'allaitement maternel
- la présence de symptômes post-accouchement:
 - des fuites urinaires
 - des pertes de gaz ou de selles
 - des douleurs périnéales superficielles ou profondes
 - une sensation de pesanteur pelvienne
 - des modifications lors des rapports sexuels

3.5.5. Les facteurs liés à la technique

- le délai entre l'accouchement et le début de la rééducation périnéale
- les praticiens
- le rythme des séances
- les techniques utilisées
- la satisfaction des patientes pour la méthode, la rythmicité et la satisfaction globale
- la pratique des exercices à domicile
- la présence ou non de changements grâce aux séances
- la présence d'apports supplémentaires (informations sur le bébé, la contraception, la reprise du sport...)
- l'étiologie des arrêts de la rééducation
- l'étiologie de la non observance

3.5.6. Les améliorations à apporter

Une question ouverte, en fin de questionnaire, permet aux patientes de s'exprimer librement sur les éléments à apporter pour rendre ces séances plus appréciées.

3.6. L'exploitation des données

Tous les paramètres relevés seront étudiés un par un, afin de mettre en évidence une association avec l'observance ou non de la rééducation périnéale dans le post-partum.

Le masque de saisie et la saisie des données ont été réalisés sur le logiciel Excel.

Le logiciel d'épidémiologie d'Atlanta « Epi info » version 3.5.4 a permis de réaliser l'analyse statistique. La méthode statistique utilisée est à la fois descriptive et comparative. Elle utilise les pourcentages, les moyennes mais également les tests de significativité appropriés aux variables étudiées.

Les variables étudiées étaient qualitatives (regroupées en classes si nécessaire).

Les tests utilisés sont le test de khi2 et le corrigé de Yates lorsque l'effectif de la population était inférieur à 30 (population non observante). Lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Le test était statistiquement significatif lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05.

4. Résultats

4.1. L'effectif total

104 patientes ont été incluses. Trois mois après l'accouchement, 51 patientes (49% des patientes recrutées) ont répondu et 53 n'ont pas répondu au questionnaire envoyé soit par mail soit par courrier. Sur ces 53 patientes, 28 ont répondu aux mails ou aux courriers de relance. Au total, le taux de réponse au questionnaire est de **76,0%** (79/104).

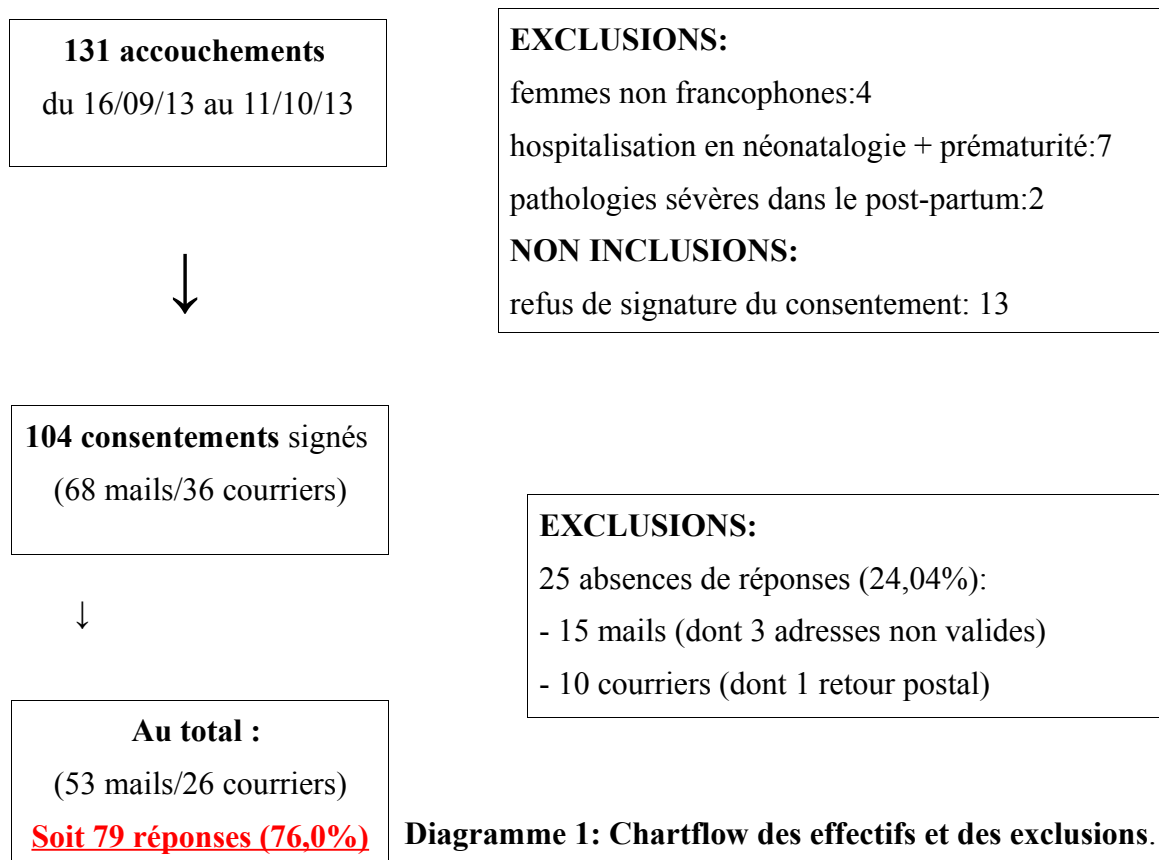


Diagramme 1: Chartflow des effectifs et des exclusions.

4.2. Le profil des deux populations

Sur les 79 patientes ayant répondu au questionnaire, 57 (72,2% des patientes) ont réalisé la rééducation périnéale, tandis que 22 (27,9% des patientes) ne l'ont pas effectuée.

4.2.1. Les critères socio-démographiques

L'âge des patientes:

Les patientes ayant réalisé la rééducation périnéale sont âgées de 22 à 40 ans, soit un âge moyen de 30,56 ans (+/-3,96).

La patiente la plus jeune, qui n'a pas réalisé de rééducation périnéale, à 19 ans, la plus âgée 45 ans. L'âge moyen est de 30,14 ans (+/-6,49).

La situation familiale:

Ce critère n'a pas pu être étudié avec la population échantillon recueillie, car il n'y a pas eu de femmes célibataires lors du recrutement de la population globale.

La catégorie professionnelle et le niveau d'étude:

Dans la population globale, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée est les professions intermédiaires à 44,30%. Et le niveau d'étude le plus fréquent est le niveau bac à 31,65%.

Tableau I: Répartition des patientes selon leurs critères socio-démographiques:

<u>CRITERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</u>	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Âge (en année):				
<= 24 ans	8,9 (7)	7,0 (4)	13,6 (3)	NS P=0,407
]24-29]	34,2 (27)	31,6 (18)	40,9 (9)	
[20-34]	41,8 (33)	47,4 (27)	27,3 (6)	
>=35	15,2 (12)	14 (8)	18,2 (4)	
Catégories professionnelles: (annexe VI)				
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10,1 (8)	12,3 (7)	4,6 (1)	P=0,023
Professions intermédiaires	38,0 (30)	45,6 (26)	18,2 (4)	
Employés	32,9 (26)	29,8 (17)	40,9 (9)	
Ouvriers	10,1 (8)	8,8 (5)	13,6 (3)	
Sans emplois	8,9 (7)	3,5 (2)	22,7 (5)	
Niveaux d'étude:				
>=Bac+5	15,2 (12)	21,1 (12)	0 (0)	P=0,007
Bac+3	16,5 (13)	21,1 (12)	5,0 (1)	
Bac+2	19,0 (15)	19,3 (11)	20,0 (4)	
Bac	31,7 (25)	26,3 (15)	50,0 (10)	
CAP/BEP	17,7 (14)	12,3 (7)	25,0 (7)	

Par conséquent, il existe une relation entre l'observance et le type profession d'une part et l'observance et le niveau d'étude d'autre part.

4.2.2. Les critères gynéco-obstétricaux

Les antécédents personnels médicaux et gynéco-obstétricaux:

Le profil saturo-pondéral:

Le profil saturo-pondéral des patientes a été établi d'après la mesure de l'IMC et la prise de poids pendant la grossesse. Une patiente présente donc un surpoids ou une obésité lorsque son IMC est supérieur ou égal à 25. Et, la prise de poids pendant la grossesse est considérée comme excessive lorsqu'elle est strictement supérieure à 12kg.

La parité:

Le terme « multipare » concerne, ici, uniquement les femmes avec un accouchement précédant l'actuel.

Seulement une patiente ayant eu des jumeaux a répondu au questionnaire. Ce critère n'a donc pas pu être exploité.

Tableau II: Répartition des patientes selon leurs antécédents personnels médicaux et gynéco-obstétricaux:

ANTECEDENTS PERSONNELS ET GYNECO-OBSTETRICAUX	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Parité :				
Primipare	44,3 (35)	47,4 (27)	36,4 (8)	NS
Multipare	55,7 (44)	52,6 (30)	63,6 (14)	P=0,377
Antécédents à risques de fragilités périnéales:				
oui	87,3 (69)	87,7 (50)	86,4 (19)	NS
non	12,7 (10)	12,3 (7)	13,6 (3)	P=0,568
<u>Profil Saturo-Pondéral (en kilogramme):</u>				
<u>IMC:</u>				
IMC< 25	59,5 (47)	57,9 (33)	63,6 (14)	NS
IMC>= 25	40,5 (32)	42,1 (24)	36,4 (8)	P=0,641
<u>Prise de poids pendant la grossesse:</u>				
Prise de poids <= 12	65,8 (52)	66,7 (38)	63,6 (14)	NS
Prise de poids > 12	34,2 (27)	33,3 (19)	36,4 (8)	P=0,795
<u>Antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne:</u>				
oui	24,1 (19)	21,1 (12)	31,8 (7)	NS
non	75,9 (60)	78,9 (45)	68,2 (15)	P=0,316
<u>Antécédents d'infections génitales</u>				
oui	8,9 (7)	7 (4)	13,6 (3)	NS
non	91,1 (72)	93 (53)	86,4 (19)	P=0,300
<u>Antécédents d'infections urinaires à répétition</u>				
oui	10,1 (8)	10,5 (6)	9,1 (2)	NS
non	89,9 (71)	89,5 (51)	90,9 (20)	P=0,608
<u>Antécédents de constipation fréquente</u>				
oui	44,3 (35)	47,4 (27)	36,4 (8)	NS
non	55,7 (44)	52,6 (30)	63,6 (14)	P=0,779
<u>Antécédents obstétricaux à risque</u>				
oui	11,9 (10)	14,0 (8)	9,1 (2)	NS
non	82,1 (69)	86,0 (49)	90,9 (20)	P=0,722

La parité et les antécédents à risques de fragilités périnéales n'influencent pas l'observance des patientes.

Le déroulement de la grossesse:

La rééducation périnéale anté-natale et les massages anté-nataux:

Ce critère n'a pas pu être étudié avec la population échantillon recueillie, puisque l'effectif total (après réponses valides du questionnaire) est nul pour les deux populations (« observante »/ « non observante »), pour ce critère.

Tableau III: Répartition des patientes selon le déroulement de leur grossesse:

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Hospitalisation/alitement:				
oui	5,1 (4)	1,8 (1)	18,8 (4)	P=0,020
non	94,9 (75)	98,2 (56)	81,8 (18)	
Préparation à l'accouchement:				
oui	69,6 (55)	75,4 (43)	50,0 (11)	P=0,029
non	30,4 (24)	24,6 (14)	50,0 (11)	
Pathologies gravidiques ou chroniques:				
oui	15,2 (12)	15,8 (9)	13,6 (3)	NS P=0,349
non	84,8 (67)	84,2 (48)	86,4 (19)	
<i>diabète gestationnel sous régime</i>	10,1 (8)	10,5 (6)	9,1 (2)	
<i>diabète gestationnel sous insuline</i>	1,3 (1)	0 (0)	4,6 (1)	
<i>pathologies du liquide amniotique</i>	1,3 (1)	1,8 (1)	0 (0)	
<i>pathologies thyroïdiennes</i>	2,5 (2)	3,5 (2)	0 (0)	

Il existe une significativité entre la pratique d'une préparation à l'accouchement et l'observance. Ainsi, qu'une relation entre une hospitalisation et/ou un alitement pendant la grossesse et l'observance.

Le déroulement de l'accouchement:

Pour les patientes ayant réalisé la rééducation périnéale, leur travail a duré de 1 à 15,5 heures et leurs efforts expulsifs de 1 à 45 minutes, soit une durée moyenne de 5,9 (+/-3,08) pour le travail et de 15,8 minutes (+/- 11,2) pour les efforts expulsifs.

Pour les patientes n'ayant pas réalisé la rééducation périnéale, leur travail à durée de 1 à 10,0 heures et leurs efforts expulsifs de 1 à 35 minutes, soit une durée moyenne de 5,4 (+/- 3,10) pour le travail et de 41,7 minutes (+/- 9,10) pour les efforts expulsifs.

Le plus petit bébé de la patiente, qui a réalisé de la rééducation périnéale, pèse 2580g, le plus lourd 4730g. Le poids de naissance moyen est de 3515g (+/-451).

Le plus petit bébé de la patiente, qui n' a pas réalisé de rééducation périnéale, pèse 2340g, le plus lourd 4020g. Le poids de naissance moyen est de 3293g (+/-473).

Tableau IV: Répartition des patientes selon le déroulement de leur accouchement:

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Analgésie péridurale ou rachi-anesthésie:				
oui	82,3 (65)	82,5 (47)	81,8 (18)	NS
non	17,7 (14)	17,5 (10)	18,2 (4)	P=0,591
Durée du travail (en heure) N=65*				
<=3	21,5 (14)	15,7 (8)	42,9 (6)	
]3-6]	33,9 (22)	41,2 (21)	7,1 (1)	P=0,031
]6-9]	32,3 (21)	29,4 (15)	42,9 (6)	
>9	12,3 (8)	13,7 (7)	7,1 (1)	
Durée des efforts expulsifs (en minute) N=65*				
<= 5	25,4 (17)	23,5 (12)	35,7 (5)	
]5-15]	32,8 (22)	29,4 (15)	35,7 (5)	NS
]15-30]	31,3 (21)	35,3 (18)	21,4 (3)	P=0,651
>30	10,5 (7)	11,8 (6)	7,1 (1)	
Mode d'accouchement				
Accouchement voie basse	70,9 (56)	80,7 (46)	45,5 (10)	
Extraction instrumentale	11,4 (9)	8,8 (5)	18,2 (4)	P=0,007
Césarienne	17,7 (14)	10,5 (6)	36,4 (8)	
Lésions périnéales N=65*				
Périnée intact/érraillures	26,2 (17)	10 (19,6)	7 (50)	
Déchirure de 1er degré	30,8 (20)	19 (37,3)	1 (7,1)	P=0,025
Episiotomie	43,1 (28)	22 (43,1)	6 (42,9)	
Poids de naissance (en gramme)				
<3000	19,0 (15)	10 (17,5)	5 (22,7)	
]3000-3500]	32,9 (26)	16 (28,1)	10 (45,5)	NS
>3500	48,1(38)	31 (54,4)	7 (31,8)	P=0,186

La durée du travail, le mode d'accouchement et le type de lésions périnéales sont des facteurs influençant la compliance à la rééducation périnéale.

Le Post-partum:

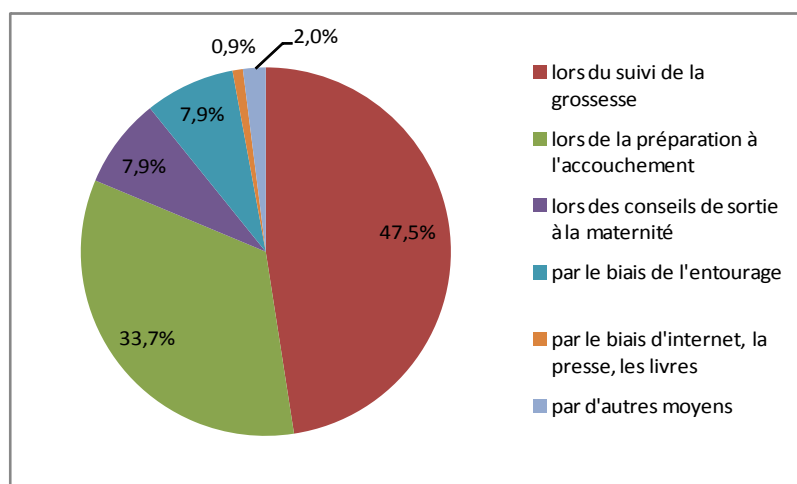
Tableau IV: Répartition des patientes selon le déroulement du post-partum:

<u>POST-PARTUM</u>	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Allaitement maternel:				
<u>à la maternité:</u>				
oui	51,9 (41)	40,9 (9)	18,8 (4)	NS
non	48,1(38)	59,1 (13)	81,8 (18)	P=0,225
<u>à 3 mois après l'accouchement:</u>				
oui	22,8 (18)	24,6 (14)	18,2 (4)	NS
non	77,2 (61)	75,4 (43)	81,8 (18)	P=0,367
Visite post-natale:				
oui	94,9 (75)	98,2 (56)	86,4 (19)	NS
non	5,1 (4)	1,8 (1)	13,6 (3)	P=0,063
Informations délivrées:				
nulles	1,3 (1)	0 (0)	1 (4,5)	NS
1	82,3 (65)	82,5 (47)	81,8 (18)	P=0,254
2 et +	16,5 (13)	17,5 (10)	13,6 (3)	

Concernant les informations, au sujet de la rééducation périnéale, données aux patientes, 47,5% des patientes se rappellent les avoir reçues lors des consultations de suivi de grossesse, 33,7% lors de la préparation à l'accouchement. Cependant, seulement 7,9% se souviennent que cette information a été donnée dans les conseils de sortie de la maternité. Certaines patientes ont eu ces informations par le biais de leur entourage (7,9%), ou internet, la presse et les livres (0,9%) et par d'autres moyens (2%).

97,5% des patientes ont réalisé leur VPN. Les deux patientes ne l'ayant pas réalisée n'ont pas effectué de rééducation périnéale.

Diagramme 2: Les informations données aux patientes



4.2.3. L'influence des symptômes post accouchement

Tableau IV: Répartition des patientes selon leurs symptômes post-accouchement.

<u>SYMPTÔMES POST ACCOUCHEMENT</u>	Population globale % (N= 79)	Population Observante % (n=57)	Population Non Observante % (n=22)	p
Symptômes post-accouchement:				
oui	76,0 (60)	77,2 (44)	72,7 (16)	NS
non	24,0 (19)	22,8 (13)	27,3 (6)	P=0,677
Nombre de symptômes:				
nul	24,1 (19)	22,8 (13)	27,3 (6)	NS
1	30,4 (24)	28,1 (16)	36,4 (8)	P=0,589
2 et +	45,6 (36)	77,8 (28)	36,4 (8)	
Fuites urinaires:				
oui	34,2 (27)	36,8 (21)	27,3 (6)	NS
non	65,8 (52)	63,2 (36)	72,7 (16)	P=0,421
Pertes de gaz ou de selles:				
oui	24,0 (19)	24,6 (14)	22,7 (5)	NS
non	76,0 (60)	75,4 (43)	77,3 (17)	P=0,864
Sensations de pesanteur:				
oui	17,7 (14)	21,1 (12)	9,1 (2)	NS
non	82,3 (65)	78,9 (45)	90,9 (20)	P=0,181
Douleurs périnéales:				
oui	25,3 (20)	28,1 (16)	18,2 (4)	NS
non	74,7 (59)	71,9 (41)	81,8 (18)	P=0,274
Modifications lors des rapports sexuels:				
oui	49,4 (39)	52,6 (30)	40,9 (9)	NS
non	38,0 (30)	36,8 (21)	40,9 (9)	P=0,466
pas de reprise des rapports	12,7 (10)	10,5 (6)	18,2 (4)	

La nature des symptômes post-accouchements, ou leur nombre n'influencent pas l'observance.

4.3. En ce qui concerne les patientes observantes

Dans cette partie, la population échantillon étudiée est la population « observante », c'est-à-dire les patientes ayant réalisé au moins deux séances de rééducation périnéale: la première séance créant le premier contact patient-praticien et la deuxième asseyant le choix de poursuivre avec ce praticien. Trois patientes observantes sont à exclure car elles n'ont pas répondu à toutes les questions de cette partie « caractéristiques des séances ». L'effectif total est donc de 54 patientes (57-3).

4.3.1. Les caractéristiques des séances

Le délai entre l'accouchement et la première séance de rééducation périnéale

Le délai entre l'accouchement et la première séance de rééducation périnéale est en moyenne de 69,54 jours (+/- 19,86 jours). Le délai le plus court est de 30 jours et le plus long de 113 jours. Sur la population ayant réalisé des séances de rééducation périnéale, -54 patientes (3 non pas précisé le délai dans leurs réponses au questionnaire)-, 7,4% (4) débute la rééducation avant les 6 semaines de délai recommandées entre l'accouchement et la visite post-natale, 18,5% (10) la commence entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, 53,7% (29) entre 8 et 12 semaines et 20,4% (11) la démarre après 12 semaines.

En reprenant chaque paramètre étudié précédemment, il est mis en évidence une relation entre le délai entre l'accouchement et la première séance de rééducation et la pratique d'une préparation à l'accouchement ($p= 0,041$). Tous les autres paramètres, n'ont pas d'influence sur la population échantillon « observante » de l'étude.

Le professionnel

87,0 % des patientes (soit 47 patientes) ont choisi de réaliser leur rééducation avec une sage-femme. Et donc, 13,0% (soit 7 patientes) la réalise avec un kinésithérapeute.

Aucun paramètre, étudié précédemment, n'influence sur le choix du professionnel par les patientes.

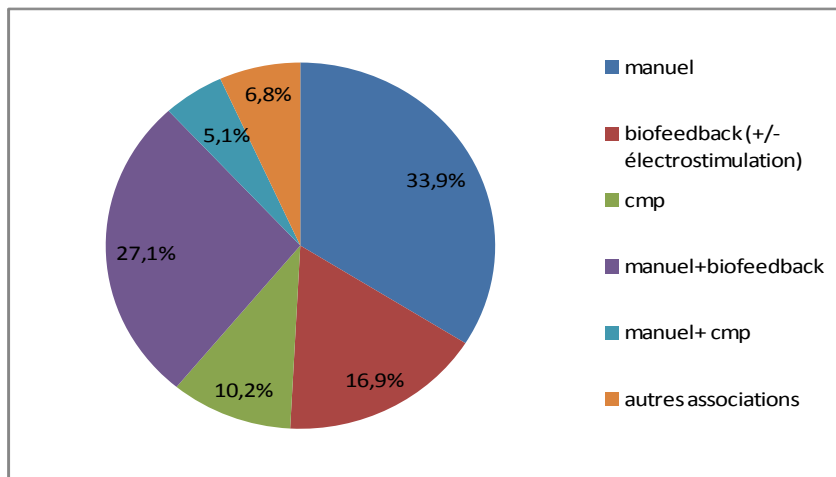
Les méthodes:

La méthode la plus employée est la méthode manuelle à 33,9%. Vient ensuite par ordre décroissant de fréquence, le biofeedback (+/- associé à l'électrostimulation), la CMP et l'eutonie.

Plusieurs méthodes sont combinées dans 40,8% (22) des cas: dans 37,0% (20) des cas, deux méthodes sont combinées, dans 1,9% (1) des cas, trois méthodes et quatre méthodes sont associées. Les méthodes les plus souvent associées sont la méthode manuelle et le biofeedback, avec une fréquence de 16 fois sur 23 soit dans 69,6% des cas.

Aucun paramètre étudié n'est en relation avec la méthode utilisée, pas même le praticien.

Diagramme 3: Les différentes méthodes utilisées en rééducation périnéale.



Le rythme des séances

Dans 44,4% (24) des cas, les patientes ont réalisé une séance par semaine, dans 48,1% (26) des cas, deux fois par semaine. Et pour le reste des femmes (7,4% (4)), leur fréquence était variable (c'est-à-dire un nombre de séances par semaine variable d'une semaine à l'autre).

Il est intéressant de noter que le délai entre l'accouchement et la première séance de rééducation influence sur la rythmicité des séances ($p=0,030$).

La pratique des exercices à domicile

54,4% (31) des patientes observantes, seulement, pratiquent des exercices à domicile dont 19,4% (6) ne les font pas régulièrement. Sur les 45,6% (26) qui n'en pratiquent pas, la raison la plus fréquemment avancée est le fait de ne pas y penser parce que ce n'est pas un automatisme (73,3%). Puis viennent ensuite, le manque de temps pour soit (26,7%) et le fait qu'on ne leur a pas dit qu'il fallait faire ces exercices régulièrement à domicile (23,3%).

Il est mis en évidence, une relation entre la pratique des exercices à domicile et la satisfaction globale de la rééducation ($p=0,004$), mais aussi la satisfaction vis-à-vis de la méthode ($p=0,029$) et du rythme des séances ($p=0,001$).

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

La satisfaction

La satisfaction globale: 92,6% (50) patientes sont satisfaites (satisfaites: 42,6% (23) ou vraiment satisfaites: 50,0% (27)) des séances de rééducation périnéale. 7,4% (4) sont peu satisfaites et aucune ne l'est pas du tout.

L'âge des patientes ($p=0,023$), leur satisfaction vis-à-vis de la (ou des) méthode(s) utilisée(s) ($p=0,001$) et vis-à-vis du rythme des séances ($p=0,0001$), la pratique des exercices à domicile ($p=0,004$) et le fait qu'il existe un apport supplémentaire qu'une simple rééducation pour les patientes $p=(0,041)$ influencent la satisfaction globale.

La satisfaction de la (ou des) méthode(s): 90,7% (49) patientes sont satisfaites (satisfaites: 50 (27) ou vraiment satisfaites: 40,7% (22)) des méthodes utilisées lors des séances de rééducation périnéale. 9,3% (5) sont peu ou pas du tout satisfaites.

La satisfaction des patientes vis-à-vis de la satisfaction globale ($p=0,001$) et vis-à-vis du rythme des séances ($p=0,0001$), la pratique des exercices à domicile ($p=0,029$) et le fait qu'il existe un apport supplémentaire qu'une simple rééducation pour les patientes $p=(0,020)$, influencent la satisfaction liée au(x) méthode(s).

La satisfaction du rythme des séances: 93,5% (51) patientes sont satisfaites (satisfaites: 51,9 (28) ou vraiment satisfaites: 42,6% (23)) de la rythmicité des séances de rééducation périnéale. 5,6% (3) sont peu ou pas du tout satisfaites.

La satisfaction des patientes vis-à-vis de la satisfaction globale ($p=0,0001$) et vis-à-vis des méthodes utilisées ($p=0,000$), la pratique des exercices à domicile ($p=0,014$) et du nombre de méthodes utilisées $p=(0,003)$, influencent la satisfaction de la rythmicité.

Les changements perçus grâce aux séances de rééducation périnéale

Au total, 74,1% (40) des patientes ont ressenti des changements au cours ou après les séances de rééducations. Les changements décrits par les femmes sont par ordre de fréquence: la diminution des fuites urinaires (25,0%), l'amélioration des sensations lors des rapports sexuels (23,6%), la sensation d'avoir retrouvé son corps de femme (20,6%), un meilleur confort (19,1%) et la diminution de la douleur (10,3%) et des pertes involontaires de gaz ou de selles (10,3%).

Un lien de significativité a été observé entre la prise de poids excessive et les changements perçus ($p=0,007$).

Les apports supplémentaires lors des séances de rééducation

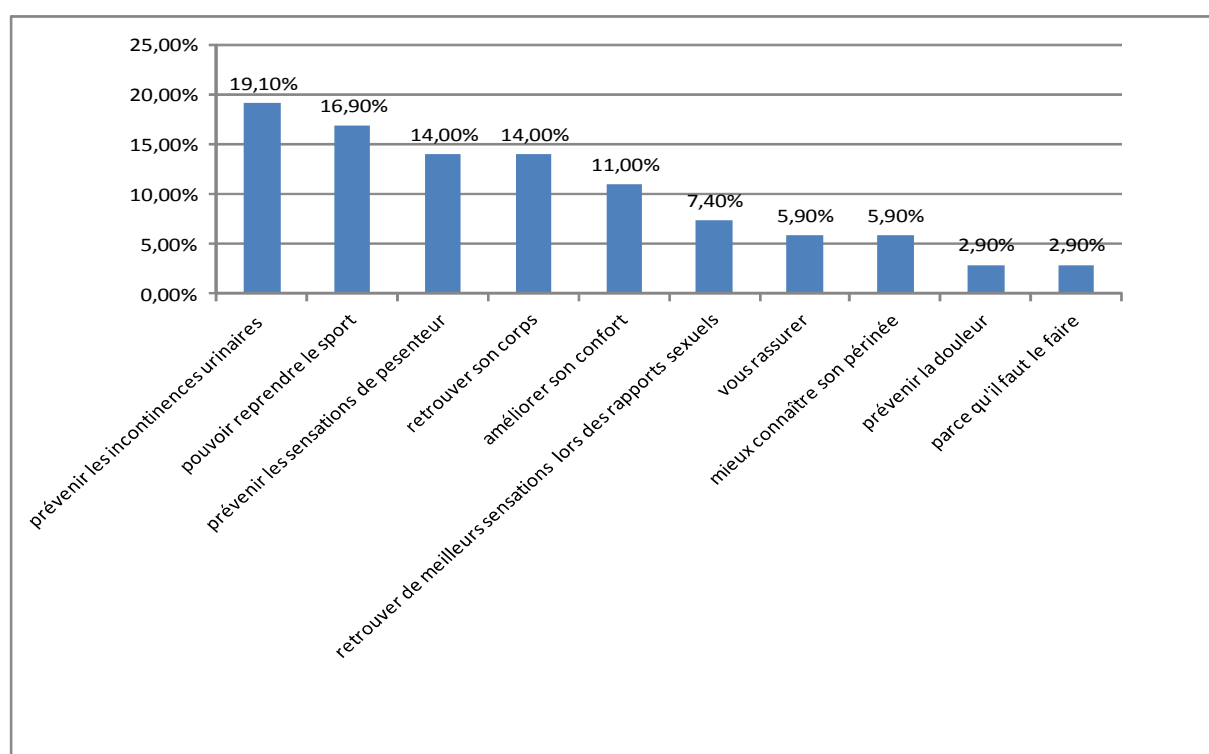
Lors des séances de rééducation, 74,1% (40) patientes ont trouvé que les séances leurs permettaient d'aborder d'autres sujets que la rééducation périnéale. Elles ont pu parler du rôle de mère et recevoir des conseils pour leur bébé (24,1%), parler de la rééducation abdominale (18,1%) et/ou de la reprise du sport (18,1%), avoir des informations sur la contraception (13,3%), se confier (9,6%), parler de sexualité (8,4%) et avoir du temps pour soit (1,2%).

Il a pu être mis en évidence une relation entre le degré de satisfaction globale ($p=0,041$), celle de la méthode utilisée ($p=0,020$) et les apports supplémentaires lors des séances de rééducation périnéale.

4.3.2. Les caractéristiques de la motivation

D'après nos résultats, les motivations sont multiples. Plusieurs sont fréquemment associées: dans 39% des cas.

Diagramme 4: Les motivations des patientes en rééducation périnéale.



4.3.3. Les arrêts en cours de rééducations (après plus de deux séances)

Au moment du questionnaire (environ 3 mois après l'accouchement), 18,5% (10) des patientes observantes ont terminé leur rééducation, 53,7% (29) ne l'ont pas terminé, et 27,8% (15) ont arrêté en cours de rééducation pour les raisons suivantes: 86,7% (13) car le praticien estimait qu'elles n'avaient pas besoin de toutes les séances prescrites, 6,7% (1) car elle ne trouvait pas d'efficacité à la rééducation et 6,7% (1) à cause de la reprise du travail.

4.3.4. Améliorations à apporter

Les suggestions émises étayeront les éléments à améliorer et permettront de guider les pratiques à améliorer, pour parfaire l'observance des patientes.

Voici quelques idées proposées par les patientes:

- meilleure flexibilité des horaires
- meilleure perception de l'efficacité
- mieux expliquer et mieux dialoguer
- guide pour la pratique des exercices à domicile
- meilleur respect de la pudeur
- ordonnances données à la sortie de la maternité.

4.4. En ce qui concerne les patientes non observantes

4.4.1. Les caractéristiques de la non-observance

Les étiologies

La cause de non pratique de la rééducation périnéale la plus fréquemment citée est, à 30%, l'absence de nécessité d'une rééducation périnéale selon le praticien qui réalise la visite post-natale. Viennent ensuite, le souhait de faire la rééducation plus tard (26,7%), le manque de temps (13,3%), la sentiment de ne pas avoir besoin de rééducation (10%), des difficultés pour s'organiser (10%), la pratique des exercices à domicile (6,7%) et l'effet lassant des rendez-vous multiples depuis le début de la grossesse (3,3%).

Dans cette étude, aucun paramètre n'est significatif pour les étiologies de la non observance.

Les informations manquantes

Seulement 36,4% (8) des patientes de la catégorie « non observante », considèrent qu'elles ont manqué d'informations concernant, par ordre décroissant de fréquence, l'utilité de la rééducation périnéale (33,3%), le déroulement des séances (20%), les différents praticiens (13,3%), les modalités de remboursement (13,3%), l'efficacité de la rééducation (6,7%), la période de réalisation (6,7%) et les méthodes possibles (6,7%).

Il n'existe aucune influence des critères étudiés sur le nombre ou le type des informations manquantes.

4.4.2. Améliorations à apporter

Voici quelques suggestions émises par les patientes :

- améliorer les informations délivrées en préparation à l'accouchement, dont mieux expliquer le déroulement des séances.
- Se mettre d'accord sur les bonnes pratiques: « d'après le gynécologue pas d'intérêt de rééducation après césarienne, mais lors des cours de préparation à l'accouchement version différente ».

5. Discussion

5.1. Critique de l'étude

Cette étude, a permis d'identifier les facteurs qui influencent l'observance de la rééducation périnéale dans le post-partum. Nous avons également pu mieux comprendre les attentes et le ressenti des femmes.

Tout d'abord, nous pouvons noter les points positifs dans la méthodologie de cette étude.

Il s'agit d'une étude prospective qui est le type d'étude de référence en épidémiologie.

Afin d'étudier l'observance, deux méthodes ont été combinées tout comme le spécifiait l'article de Costagliola D, Barberousse C et al.: « Comment mesurer l'observance ? in L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures,déterminants, évolution. » [9]. L'une, plus objective, avec un recueil de données sur dossier, et l'autre, subjective par le biais d'un questionnaire envoyé aux patientes.

D'autre part, le faible nombre d'étude, notamment française, à ce sujet, met en évidence une nécessité d'étudier l'observance, les pratiques et l'opinion des femmes quant à la rééducation périnéale, dans l'optique de construire une base de données. Et par la suite, pouvoir évaluer les actions préventives qui seront mises en place.

Le choix du CH de Cholet pour la réalisation de l'étude permet de pallier au biais d'information supplémentaire, présent à la maternité d'Angers. En effet, contrairement à Cholet, où seul les informations sont données lors des conseils de sortie dans les suites de couche, à Angers, une ordonnance de 10 séances de rééducation et d'une sonde endovaginale est délivrée systématiquement. Cette action peut être considérée comme préventive et mériterait une évaluation de son efficacité sur l'observance.

Cependant , notre étude présente certaines limites.

En premier lieu, nous pouvons évoquer le faible effectif de la population recrutée en suites de couche. Or, ce type d'étude nécessite un effectif élevé pour apporter un niveau de preuve significatif. Du fait du temps réduit pour cette étude, il était difficile de rassembler une population aussi importante. Afin de maximiser le taux de réponse, nous avons mis en place un mail ou courrier de rappel. Cette étape s'est révélée indispensable, puisque le taux de réponse est relativement élevé pour ce type d'étude (76,0% soit 79/104 patientes recrutées).

De plus, la réalisation de cette étude induit un long délai d'obtention des résultats, puisque la sélection des patientes est réalisée en suites de couche, et l'envoi du questionnaire, trois mois après l'accouchement. En effet, l'étude de l'observance se fait sur de longues périodes. Il aurait été très intéressant de pouvoir réaliser un suivi s'échelonnant à 6 mois et plus, afin d'étudier l'observance sur le plus long terme.

Il est judicieux de se demander s'il n'existerait pas un biais d'information supplémentaire par le simple fait de mener cette étude. Et, s'il ne peut pas y avoir une sous estimation des femmes qui ne font pas de rééducation, car il est sans doute plus difficile de répondre au questionnaire par peur d'un jugement, même si le principe d'anonymat a été expliqué aux patientes.

Enfin, de nombreuses patientes, n'avaient pas encore terminé leur rééducation, il se pourrait donc bien, que certains paramètres concernant l'étude de la « population observante » (les changements ressentis, la satisfaction ...) soient sous estimés également, du fait d'une prise en charge encore inachevée.

5.2. Présentation des autres études

Les études françaises étant inexistantes à grande échelle à l'heure actuelle, l'étude menée va être comparée à deux études: écossaise et américaine. Même si les pratiques de rééducation périnéale sont différentes (séances d'exercices à domicile par les patientes avec des instructions verbales et rarement un examen clinique: méthode Kegel), les mêmes critères ont été utilisés dans notre étude.(Annexe VII)

Ainsi, en 2007, Fine P, Burgio K, Borello-France D et al. ont publié dans « l'american journal of obstetric » une étude de cohorte, prospective, multicentrique, sur l'enseignement et la pratique des exercices des muscles du plancher pelvien par les primipares pendant la

grossesse et la période du post-partum (« Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period»). L'objectif était de décrire les types d'instruction des exercices rencontrés par les femmes pendant la grossesse et après l'accouchement, mais aussi, leur comportement vis-à-vis des exercices et les raisons pour lesquelles les femmes ne les ont pas réalisés. Les variables qui étaient associées ou non à la pratique ou non des exercices ont également été étudiées. Cette étude a été réalisée sur 2 ans. Les patientes participantes étaient des primipares ayant accouché d'un seul enfant à 37SA ou plus. Les données ont été obtenues par l'examen des dossiers et à partir d'entretiens téléphoniques à 6 semaines et à 6 mois après l'accouchement.

Les résultats de cette étude ont montré que près de 2/3 des femmes (64%) ont précisé qu'elles avaient appris les exercices. Il existait une différence significative selon les ethnies et le niveau d'étude. Les types de lésions périnéales n'influençaient pas la pratique.

Pour les femmes qui avaient reçu l'enseignement de la rééducation, la plupart l'avaient reçu pendant la grossesse. Cependant, pour plus de la moitié (59%), leurs sources d'informations pour l'apprentissage étaient non faites par un médecin ou une sage-femme, mais par l'entourage ou via internet. La majorité des informations étaient écrites ou orales (90%).

Les femmes, qui ne réalisaient pas les exercices ou celles qui ne les avaient pas poursuivis, ont indiqué que les exercices semblaient inefficaces en l'absence de symptômes d'incontinence: ils étaient oubliés ou elles étaient trop occupées.

L'étude menée par Heather M., Beth A. et al., portant sur l'étude du report des exercices de rééducation et de la fréquence des incontinenances urinaires après l'accouchement, a été réalisée en 2007 dans le nord-est de l'Écosse. Publiée dans « Midwifery », l'étude « A longitudinal follow up of women in their practice of perinatal pelvic floor exercises and stress urinary incontinence in north-east scotland », a inclus 289 patientes de 16 ans et plus. L'existence de facteurs de risques périnéaux ou de complications périnéales ne constituaient pas un critère d'exclusion. Les femmes ont été interrogées par courrier pendant leur grossesse, au troisième trimestre, puis 6 mois après leur accouchement. Les résultats montraient qu'il n'existait pas de relation entre l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude et le report des exercices de rééducation. Cependant, le type d'accouchement et l'intensité des incontinenances urinaires influençaient la pratique de la rééducation périnéale. Enfin, il a été démontré que la pratique des exercices décroît avec le temps.

5.3. Comparaisons des différentes études

5.3.1. Profil des deux populations

Les critères socio-démographiques

Dans notre étude, le taux d'observance est plus élevé que dans l'étude américaine (3/4 vs 2/3).

L'âge des patientes n'influence pas l'observance dans les deux études précédentes, tout comme dans la notre.

Il n'aurait pas été pertinent d'étudier le critère ethnique, puisqu'en France, il n'existe pas un tel melting pot comme aux Etats-Unis.

Toutes fois, comme dans notre étude, dans l'étude américaine, la catégorie professionnelle et le niveau d'étude, sont significatifs. Mais ces critères n'ont pas eu d'influence dans l'étude écossaise.

Les critères gynéco-obstétricaux: les antécédents personnels, le déroulement de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et les symptômes post-accouchements

Malgré l'absence de la prise en compte de caractéristiques concernant les antécédents des patientes, le déroulement de la grossesse, les symptômes post-accouchements dans l'étude américaine, il a semblé pertinent de les étudier dans notre étude. En effet, puisque selon les études de Gallo L, Staskin D. [16] et l'étude écossaise précédemment citée [18], la présence d'incontinence urinaire inciterait les femmes à réaliser des séances de rééducation périnéale. L'étude des facteurs favorisant l'incontinence urinaire, décrits dans de nombreuses études de la littérature [14], nous a paru judicieux. Cependant, dans nos résultats aucun de ces paramètres n'a d'influence sur l'observance.

A l'heure où la préparation à l'accouchement est en plein essor, l'évaluation de son impacte sur l'observance semble intéressante. En effet, il existe une significativité. Aucune autre étude retrouvée n'a étudié ce paramètre.

Même si notre effectif est faible, l'hospitalisation et/ou un allongement prolongé influence l'observance. Ce critère n'a pas été étudié dans les études retrouvées dans la littérature.

Dans toutes les études comparées, le type d'accouchement et l'observance sont liées ($p=0,007$ vs $p=0,046$). Mais, les autres critères concernant le déroulement de l'accouchement, n'influencent pas la compliance. Alors que dans notre étude, la durée du travail et le type de lésions périnéales sont aussi significatifs.

L'étude américaine met en avant que l'information délivrée, sur la rééducation périnéale, est plus fréquente pendant la grossesse et plutôt par le biais de l'entourage ou d'internet, avec moins de la moitié (41%) par la sage-femme ou le médecin qui suit la grossesse. Ce constat peut-être, avec précaution (prises en charge différentes), rapporté à notre étude. En effet, il a été constaté que l'information est mieux retenue lors de la grossesse (consultations de suivi ou préparation à l'accouchement) mais à l'inverse, l'information est délivrée dans la plupart des cas par un professionnel de santé (89,1%).

Dans l'étude américaine, uniquement 10% des patientes ont reçu un enseignement des exercices du plancher pelvien par un examen pelvien. En effet, aucune recommandation de bonnes pratiques n'a été retrouvée pour les États-Unis et l'Écosse. En France, et plus particulièrement dans notre étude, la majorité des patientes (97,4%) ont réalisé leur VPN, et ont donc normalement, selon les recommandations de l'HAS [1], eu une évaluation de leur état périnéal. De plus, la plupart des patientes observantes ont réalisé leur rééducation avec des méthodes manuelles ou de CMP ($33,9\%+10,2\%= 44,1\%$). Ceci permettant donc de confirmer une évaluation périnéale réalisée par le praticien.

5.3.2. Les patientes observantes

Le délai entre la date d'accouchement et le début des séances correspond aux recommandations de l' HAS, 6 à 8 semaines après l'accouchement [1].

Les méthodes utilisées sont très variées et il existe une importante diversité des protocoles (méthodes, durée, rythmicité) selon les auteurs . Elle sont donc difficiles à évaluer. Cependant, dans de nombreuses études, comme celle de Cherpin J. Leriche A et al. [7], par exemple, le fait de coupler plusieurs méthodes montre une meilleure efficacité [5], [6].... Dans notre étude, seulement 40,8% des patientes ont utilisé des méthodes de rééducation combinées. D'où la nécessité certaine d'une évaluation à grande échelle des méthodes et la mise en place de recommandations par la suite, afin d'uniformiser les pratiques.

La pratique des exercices à domicile peut-être assimilée à celle des exercices de rééducation écossais ou américains, puisqu'ils reposent également sur des instructions orales, une initiative personnelle et une pratique qui doit être régulière. Les raisons de non pratique ou de pratique irrégulière sont identiques: l'oubli et le manque de temps.

Dans l'étude écossaise, il a été remarqué que la pratique des exercices décroît avec le temps. Sans doute, avec une plus longue durée d'étude nous aurions pu observer ce phénomène.

Dans la littérature, aucune étude n'a été retrouvée au sujet des caractéristiques des séances (notamment concernant le rythme, les apports supplémentaires et les arrêts en cours de rééducation), de la motivation et de la satisfaction des patientes. Pourtant, il serait intéressant de les connaître, afin d'améliorer l'observance et l'opinion des femmes vis à vis de la rééducation périnéale. En effet, si on applique les principes émergents de l'éducation thérapeutique, présentés dans l'article de Desbrus-qochiha A, Cathebrasb P. et al. « Obéir ou adhérer? L'observance thérapeutique en question. »[8], le fait de comprendre les attentes des patientes, et de leur faire prendre conscience des différents aspects de la rééducation périnéale, participeraient sans aucun doute à l'amélioration de l'adhérence thérapeutique et à la maîtrise d'une pratique mieux adaptée.

5.3.3. Les patientes non observantes

L'étiologie la plus fréquente, avancée dans notre étude (en excluant la non nécessité d'une rééducation selon le praticien) et celle américaine, est identique: le manque de temps.

Le manque d'information n'est pas mis en évidence qu'elles que soient les études.

5.4. Les propositions d'amélioration

5.4.1. Mieux cibler la population

Notre étude a permis de mettre en évidence quelques critères influençant l'observance. Il est donc intéressant de s'en servir pour mieux cibler la prévention. Par exemple, peut-être serait-il nécessaire de plus insister sur les informations concernant la rééducation périnéale selon:

- la catégorie professionnelle
- le niveau d'étude
- la pratique ou non de préparation à l'accouchement
- la durée du travail
- le type d'accouchement
- le type de lésions périnéales

Il est surprenant que la présence de symptômes post-accouchements n'influence pas la compliance à la rééducation périnéale. Il faudrait, sans doute, s'interroger sur la raison de cette constatation. Les femmes osent-elles en parler, leur laisse-t-on la possibilité d'expression suffisante sans les tabous? Existe-t-il une banalisation de ces symptômes?...

5.4.2. Mieux informer : adaptation de l'information

En ce qui concerne les informations délivrées au sujet de la rééducation périnéale, notre étude montre une meilleure mémorisation de ces informations lors de la grossesse que se soit par le biais des consultations, soit lors de la préparation à l'accouchement. Par contre, les conseils donnés en suites de couche, lors de la sortie de la maternité, semblent peu retenus. Il paraît donc important de remettre en cause la pertinence des « conseils de sortie », leur contenu et leur mode de délivrance. Peut-être, serait-il judicieux de parler de rééducation périnéale de façon plus fréquente au cours de la grossesse (période la plus propice à une sensibilisation à ce sujet et permettant de dépister les femmes à risques)? Ou bien, lors des conseils à la maternité, de distribuer une plaquette d'information (Annexe VII)?

En effet, la création d'une brochure d'informations permettrait de faciliter la connaissance et la diffusion de l'information concernant la rééducation périnéale. Le format papier semble être le plus à même de répondre au besoin des patientes et des professionnels. Il s'agit d'offrir un accès rapide et une lecture facile des fondements de la rééducation périnéale, de son rôle, des méthodes possibles, des praticiens qualifiés, du déroulement des séances, de leurs utilités, leurs efficacités et la période de réalisation. Dans le but, que les patientes aient accès à ces informations facilement, par exemple si elles présentent des symptômes post-accouchements ou en complément des conseils de la maternité ou de la visite post-natale.

La délivrance d'une ordonnance de 10 séances de rééducation périnéale et d'une sonde endovaginale, comme pratiquée par le CHU d'Angers, peut également être considérée comme une méthode préventive, permettant aux patientes de se rappeler de l'existence de cette information. Il serait intéressant de mener une étude sur Angers, questionnant l'impact de cette initiative sur l'observance.

5.4.3. La pratique de la rééducation périnéale

Le délai, est plutôt respecté, sans doute grâce à l'existence de recommandations. Il serait intéressant d'effectuer cette même étude sur une plus longue durée, pour voir l'évolution de l'observance: c'est-à-dire de voir si les femmes « non-observantes » ayant exprimé le souhait de faire plus tard leur rééducation, la réalise et si cela influence le taux d'observance. Tout cela dans le but d'identifier la nécessité d'un rappel ultérieur?

La préparation à l'accouchement se révèle être un des outils informatifs et préventifs de premier ordre. En effet, le sujet de la rééducation périnéale peut y être abordé soit de manière répétée (propice à l'assimilation), lors d'une seule séance ou bien à l'aide d'exercices pratiques basés sur le souffle... Il existe bien des façons pour l'appréhender.

L'existence de multiples méthodes et la faible quantité d'étude au sujet de leur efficacité, rendent difficile l'évaluation de leur impact sur l'observance. Le même constat peut-être fait en ce qui concerne le rythme des séances.

Ainsi, selon les principes influençant l'observance [9], l'élément primordial est l'adaptation aux besoins et souhaits de la patiente, clé d'une rééducation périnéale réussie.

En respectant ce concept, le critère important à prendre en compte, afin d'améliorer la compliance des patientes, est la satisfaction globale.

Dans notre étude, elle dépend de l'âge des patientes, de la pratique des exercices à domicile, des apports supplémentaires, de la satisfaction du rythme et de la méthode. Il semble donc essentiel, de discuter avec la patiente de la méthode et du rythme qu'elle souhaite, d'être à l'écoute, et de favoriser la pratique des exercices à domicile.

Pour améliorer la compliance des exercices à domicile, peut-être est-il judicieux de mettre en place un livret d'exercices personnalisés rappelant leurs bonnes pratiques comme le pratiquent déjà certaines sages-femmes libérales?

Enfin , dans l'étude menée, les changements perçus sont présent dans 74,1% des cas, mais ils n'influencent pas la satisfaction globale. Peut-être pourrions nous essayer d'améliorer la prise de conscience des changements par les femmes et donc la perception de l'utilité et de l'efficacité de la rééducation.

5.4.4. La non observance de la rééducation périnéale

Le taux d'observance pour la pratique de la rééducation périnéale étant de 72,2% et l'étiologie de non observance la plus fréquemment citée étant la non nécessité de rééducation selon le praticien (30%), cela montre la bonne utilité de la VPN pour l'évaluation périnéale et une informations (certes qui peut toujours être améliorée) plutôt bien délivrée: peut-être grâce aux recommandations de 2002?

Cependant il reste à convaincre les femmes avançant des étiologies comme le manque de temps, le sentiment de ne pas avoir besoin de rééducation, les difficultés pour s'organiser, l'effet lassant des rendez-vous multiples depuis le début de la grossesse ...

Le manque d'informations peut également être pallié par une plaquette d'information distribuée en suites de couche (Annexe VII).

6. Conclusion

L'objectif principal que nous nous étions fixé était d'évaluer l'observance des femmes pour la rééducation périnéale dans le post-partum.

Nous avons tenté, dans cette étude, d'identifier les facteurs qui influencent l'observance et de connaître leurs motivations et satisfaction à ce sujet.

Nous pouvons considérer que l'objectif de ce travail a été atteint.

Cependant, afin de pouvoir renforcer le poids des hypothèses que nous avons avancées, il faudrait une étude regroupant une population avec un effectif plus important. De plus, pour étudier de manière plus satisfaisante l'observance, il serait nécessaire de mettre en place une évaluation à plus long terme (6 mois par exemple).

Par contre, notre étude a permis de mettre en évidence une influence, de la profession, du niveau d'étude, de la réalisation de préparation à l'accouchement, d'une hospitalisation au cours de la grossesse, de la durée du travail, du type d'accouchement et du type de lésions périnéales sur l'observance des femmes. Ces critères sont donc profitables, ne serait-ce que pour mieux cibler la prévention par les professionnels de santé, sur les femmes moins observantes.

De plus, au vu de la discussion et de la littérature, il s'est avéré que le moment de la délivrance des informations joue un rôle important, puisque le taux de femmes se souvenant avoir reçu des informations pendant la grossesse est plus important que dans le post-partum. La préparation à l'accouchement y a son rôle à jouer.

Par conséquent, il faut encourager la mise en place de moyens informatifs plus performants et mieux adaptés (temporalité, moyens...).

Il est important de souligner l'intérêt considérable d'étoffer les recommandations de 2002, notamment au sujet des méthodes (efficacité, méthodes combinées) et du rythme des séances. En effet, l'existence de nombreuses pratiques, rend difficile l'évaluation de leur efficacité. Même si le panel d'offre, permet à la patiente le choix d'une ou plusieurs méthodes qui lui conviennent. Les recommandations permettraient de mieux orienter les professionnels quant au choix de leur pratique.

Enfin, l'adaptation du praticien aux choix de la patiente, concernant ses disponibilités, ses motivations, ses connaissances, ses souhaits au sujet des conseils (apports supplémentaires), ses attentes (changements perçus, pratiques des exercices à domicile ...) est primordial pour une observance optimale.

En se basant, sur les principes de l'adhésion thérapeutiques, l'échange, l'écoute, l'adaptation et le partenariat patient-praticien, sont les maîtres mots d'une rééducation périnéale réussie, puisque ils participent à la satisfaction de la patiente et donc à leur compliance.

Après avoir étudié l'observance telle qu'elle, il serait intéressant d'étudier l'impact des mesures informatives et préventives variées mis en place dans les différentes structures hospitalières. Une étude pourrait donc évaluer l'intérêt préventif de la distribution des ordonnances de sondes périnéales et de rééducation périnéale, comme cela est pratiqué à Angers.

7. Références bibliographiques

- [1]: Service des recommandations professionnelles ANAES, « Recommandations pour la pratique clinique: Rééducation dans le cadre du post-partum », Décembre 2002.site « www.has-sante.fr » (consulté le 15 Mars 2014).
- [2]: BO K., TALSETH T., « Long-Term Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise 5 Years After Cessation of Organized Training », *Obstet Gynecol*, 1996; 87 :261-265.
- [3]: Société internationale francophone d'urodynamie, « Actualités en urodynamique: l'incontinence urinaire féminine », *Elsevier*, 1998; 121-141 « L'évaluation des technique de rééducation périnéale ».
- [4]: GROSSE D.; SENGLER J., « Rééducation périnéales le point en rééducation », *Masson*, 1998; 6: 95-101
- [5]: MEYER S., DHENIN T. et al., « Subjective and objective effects of intravaginal electrical myostimulation and biofeedback in patients with genuine stress urinary incontinence. », *BrJ Urol*, 1992;69: 584-588.
- [6]: TAMAI A., SILVESTRE P. et al., « La fisioterapia perineale semplice o associata alla elettrostimolazione funzionale e al biofeedback manometrico vaginale nell'incontinenza urinaria da sforzo della donne: la nostra esperienza ». In: congres GRUG, *Baia di Conte, Alghero*, 1992:105-106.
- [7]: CHERPIN J. LERICHE A et al., « Étude sur les effets de la stimulation électrique et de la rééducation sensorielle dans la rééducation de l'incontinence féminine », *FILS, Monographie de la SIFUD. Montréal*, 1988;160-3
- [8]: DESBRUS-QOCHIHA A, CATHEBRASB P. « Obéir ou adhérer? L'observance thérapeutique en question », *Médecine & Longévité*, 2012; 4: 111-122.
- [9]: COSTAGLIOLA D., BARBEROUSSE C., « Comment mesurer l'observance ? L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolution. » *ANRS, Paris*, 2001; 33-42.
- [10]: ALEWIJNSE D., MESTERS I, et al., « Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. », *Health Res*, 2001;16:173-186.
- [11]: GRIMALDI A., « Mesurer l'observance pour quoi faire? », *La revue de médecine interne* , 2003;24:766-767

- [12]: FINE P.,BURGLO K.,et al., « Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises im primiparous women during pregnancy and the postpartum period. », *Am J Obstet Gynecol*, 2007;197:107.1-107.5
- [13]: PEYRAT L., HAILLOT O., « Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune », *Progrès en Urologie*, 2002: 12; 52-59
- [14]: Société internationale francophone d'urodynamie, « Actualités en urodynamique: l'incontinence urinaire féminine », *Elsevier*, 1998;54-59 « Le rôle des facteurs classiques de risques obstétricaux sur l'incontinence urinaire ».
- [15]: SKONER M et al., « Factors associated with risk of stress urinary incontinence in women. », *Nursing Research*, 1994;43,5, 301-306.
- [16]: GALLO L, STASKIN D., « Cues to action: pelvic floor muscle exercise compliance in women with stress urinary incontinence », *Neurourology and Urodynamics*, 1996: 16;167-177.
- [17]: PADDISON K., « Complying with pelvic floor exercises: a literature review, *Nursing Standard*, 2002;16; 33-38.
- [18]: HEATHER M. WITHFORD, BETH A. et al., « A longitudinal follow up of women in their practice of perinatal pelvic floor exercises and stress urinary incontinence in North-East Scotland », *Midwifery*, Volume 23, Issue 3, September 2007, Pages 298–308
- [19]: BURGIO L., HOLLY E.et al., « Urinary Incontinence in the 12-Month Postpartum Period », *Obstetrics & Gynecology*, Volume 102, Issue 6, December 2003;1291–1298

8. Annexes

8.1. Annexe I : Technique de réalisation du Testing

A l'aide d'un toucher vaginal, 3 zones sont testées:

La zone ischiatique: les doigts du soignant sont postés de chaque côté, sur les 2 cordes du muscle releveur de l'anūs, il est demandé à la patiente de contracter ses parois vaginales

La zone iliaque: les 2 doigts du soignant sont écartés à la partie moyenne du vagin et le soignant demande à la patiente de resserrer ses parois vaginales

La zone pubienne: la main est inversée les 2 doigts encadrent l'urètre et la patiente doit contracter comme pour retenir les urines

Ces exercices sont à renouveler 3 fois

Puis une contraction totale du vagin, le plus longtemps possible, est demandé, dans le but d'évaluer la fatigabilité.

Évaluation de la force de contraction:

- 1 très faible, frémissement
- 2 faible mais perçu
- 3 bien perçu, pas tout à fait suffisant peut être contrarié par un opposition modérée
- 4 contraction bonne opposition peu intense
- 5 contraction très puissante opposition forte

Évaluation de la tenue : force égale pendant 5'

Évaluation de la fatigabilité: 3 fois de suite contraction identique même force bonne tenue

8.2. Annexe II: Lettre d'informations distribuée aux patientes lors du recrutement en suites de couche

LETTRE D'INFORMATION

LA REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM: OBSERVANCE ET MOTIVATIONS DES PATIENTES

Investigateur :

- Nom : *Jaunet*
- Prénom : *Lola*
- Courriel : *lolajaunet@gmail.com*
- Service : *école de sages-femmes du C.H.U. d'Angers*
- Téléphone : *02.41.35.32.32.*

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "*La rééducation périnéale dans le post-partum: Observance et Motivations des patientes*".

Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'étudiante sage-femme en charge de l'étude.

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

1. INTRODUCTION

Les idées divergentes, à la fois du corps médical et des patientes, concernant la rééducation périnéale, m'ont amené à m'interroger sur le vécu des femmes et leur satisfaction quant à ces séances de rééducation.

Évaluer la proportion des patientes qui réalise la rééducation périnéale après leur grossesse et les facteurs qui influencent cette observance paraissent intéressant pour améliorer nos pratiques professionnelles et pour mieux cibler nos actions préventives.

Le but principal étant de vous informer au mieux au sujet de la rééducation périnéale et de vous apporter le plus de bénéfices possibles lors de ces séances (bénéfices médicaux, conseils divers, adaptation à votre emploi du temps...).

2. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'Objectif principal est d'identifier les facteurs qui influencent l'observance de la rééducation périnéale dans le post-partum.

L'Objectif secondaire de cette étude est de connaître vos motivations au sujet de l'observance de la rééducation périnéale dans le post-partum.

3. METHODE DE L'ETUDE

L'étude est menée dans le service des suites de couche du C.H. de Cholet du 16 Septembre au 11 Octobre 2013. Cette étude est proposée à toutes les femmes qui ont accouché à terme durant cette période quels que soient leurs antécédents ou le déroulement de la grossesse. Ce document d'information et un consentement, vous est remis lors de l'hospitalisation. Si vous acceptez cette étude, la signature d'un consentement vous sera demandé. Il permettra à la fois, d'obtenir votre autorisation d'être recontactée pour répondre à un questionnaire, mais également de choisir la modalité du contact: par e-mail (google docs) ou par courrier (une enveloppe et un timbre vous sera fourni).

Une grille d'information concernant vos antécédents personnels, le déroulement de votre grossesse, de votre accouchement... sera remplie lors de votre sélection en suites de couche à l'aide de votre dossier médical et des informations orales que vous me préciserez lorsque le dossier sera incomplet.

Un questionnaire vous sera envoyé environ trois mois après l'accouchement (mi Décembre) par mail ou courrier selon votre choix.

Le questionnaire, nous informera sur l'existence ou non de symptômes persistant après votre grossesse ou votre accouchement, si vous faites ou non la rééducation, le type de rééducation commencé, l'efficacité ressentie et les éléments à améliorer.

Dans un délai de deux semaines après l'envoi du questionnaire, en l'absence de réponse de votre part, un message ou un courrier de rappel vous sera envoyé.

4. CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'étudiante sage-femme, *Jaunet Lola*, vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du C.H.U. d'Angers.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Dans le cas où vous retirez votre consentement en cours d'étude et sauf opposition écrite de votre part, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles recueillies préalablement à votre retrait de consentement.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'une sage-femme de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'étudiante sage-femme qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

5. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devez informer l'étudiante sage-femme de l'étude de votre décision.

L'étudiante sage-femme de l'étude peut décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez avertie et les raisons vous seraient expliquées.

6. RISQUES

Il n'existe aucun risque médical à répondre à cette étude. Nous vous rappelons qu'en cas de besoin, l'étudiante sage-femme en charge de l'étude peut répondre à toutes vos questions.

7. BENEFICES

Votre participation à cette étude, permettrait, de comprendre pourquoi les femmes choisissent ou non de réaliser la rééducation périnéale, quelle est leur satisfaction concernant le type de rééducation utilisé et quelles sont leurs motivations.... Dans le but, d'améliorer notre pratique par des actions concrètes, en tenant compte de vos remarques. Par exemple, en mettant plus d'informations à votre disposition, en améliorant le déroulement des séances selon vos attentes.....

8. OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, l'étudiante sage-femme de l'étude, *Jaunet Lola*, que vous pourrez joindre à l'adresse suivante *lolajaunet@gmail.com*, pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude : "*La rééducation périnéale dans le post-partum: observance et motivations des patientes*".

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informée des résultats globaux de la recherche par l'étudiante sage-femme de l'étude.

9. PROTECTION DES PERSONNES

Cette étude sera menée conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

La participation à cette étude nécessite que vous soyez affiliée ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Date et Signature de l'étudiante sage-femme de l'étude:

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement en deux exemplaires. Vous conserverez cette lettre d'information.



8.3. Annexe III: Le consentement

La Rééducation Périnéale dans le Post-partum

Madame,

Actuellement étudiante en 5ème année de sages-femmes au C.H.U. d'Angers, mon mémoire de fin d'étude porte sur l'opinion que vous avez de la rééducation périnéale dans le post-partum.

Pour réaliser une étude sur ce sujet, je souhaiterais demander votre participation. Celle-ci consistera à répondre par mail ou par courrier à un questionnaire: Il vous sera envoyé 3 mois après votre accouchement (en Décembre).

Les données vous concernant seront entièrement anonymes et dans aucun cas nous pourrions retrouver votre identité.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à ce sujet et de l'aide précieuse que vous apportez à la réalisation de mon mémoire.

Je soussignée, Madame accepte de participer à l'étude sur la rééducation périnéale en acceptant d'être contactée (entourer ce qui vous convient le mieux):

-par mail:@.....

ou

-par courrier: adresse :

à 3 mois de mon accouchement pour répondre au questionnaire.

Le

Signature:

Je vous renouvelle mes remerciements et vous présente mes respectueuses salutations.

Voici mes coordonnées :

Mlle Jaunet Lola

La Roche Verdon

49340 Trémentines

téléphone:0674555000

e-mail: [lolajaunet@gmail.com](mailto:lola jaunet@gmail.com)

Voici les coordonnées de l'école de sages-femmes:

École de sages-femmes René ROUCHY

3 allée des primevères, CHU Angers

49933 Angers cedex 9

téléphone de l'école: 0241353232

Vous pouvez me joindre à tous moment.

Numéro d'anonymat:



8.4. Annexe IV: La grille de données

Analyse de Dossier

Numéro d'anonymat		
Gestité/Parité		
Situation familiale	seule	couple
Profession		
Âge		
Date accouchement		

Antécédents personnels

IMC	< 25	>25	
Chir pelvienne	oui	non	
Infection génitale	oui	non	
Infection urinaire	oui	non	
Accouchements antérieurs	macrosomie	Extractions instrumentale	Périnée complet

Déroulement de la grossesse

Prise de poids	< 12 Kg	>12 Kg		
Constipation	oui	non		
Fuites urinaires	oui	non		
Fuites de gaz	oui	non		
Fuites de selles	oui	non		
Hospitalisation pendant grossesse= alitement	oui	non		
Préparation	oui	non		
Rééducation pré natale	oui	non		
APD	oui	non		
Durée du travail				
Durée EE				
Accouchement				
Lésions périnéales	PI	éraillure	simple	complet
				Complet compliqué
Poids de naissance				
Allaitement	oui	non		

8.5. Annexe V: Le Questionnaire

QUESTIONNAIRE

LA RÉÉDUCATION PÉRINEALE DANS LE POST-PARTUM: OBSERVANCE ET MOTIVATIONS DES PATIENTES

Bonjour Madame,

Actuellement étudiante en 5ème année de sages-femmes à Angers, mon mémoire de fin d'étude porte sur la vision que vous avez de la rééducation périnéale dans le post-partum.

Suite à votre accord donné lors de votre séjour à la maternité du C.H. de Cholet, je vous fais parvenir mon questionnaire.

Je vous remercie par avance de la réponse que vous allez me fournir. Je vous rappelle que toutes les données vous concernant sont anonymisées.

Avec tous mes remerciements.

Cordialement

Lola Jaunet (étudiante sages-femmes en 5ème année)

Numéro d'anonymat:

Question 1:Quelle est votre profession?

Question 2:Quel est votre niveau d'étude?

- Niveau brevet des collèges
- Niveau CAP/BEP
- Niveau Baccalauréat
- Niveau Bac + 2
- Niveau Bac +3
- Niveau Bac +5
- Niveau > ou =Bac +6
- Autre:.....

Question 3: Si vous allaitiez à la maternité, allaitez vous encore votre enfant?

- Oui
- Non => **À quelle date, à peu près, avez vous arrêté l'allaitement maternel:**
...../...../2013

Question 4: Avez vous effectué votre visite post-natale? (visite chez une sage-femme ou un médecin 6 à 8 semaines après votre accouchement.)

- Oui
- Non

En ce qui concerne vos symptômes actuellement:

Question 5: A quelle fréquence avez vous des pertes d'urines?

- Jamais
- Environ une fois par semaine au maximum
- Deux à trois fois par semaine
- Environ une fois par semaine
- Plusieurs fois par jour
- Tout le temps

Question 6: Selon votre estimation, quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urines?

- Nulle
- Une petite quantité
- Une quantité moyenne
- Une grande quantité

Question 7: De manière générale, à quel point vos pertes d'urines vous dérangent-elles dans

votre vie de tous les jours?

Pas du tout Vraiment beaucoup
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question 8 : Après cet accouchement avez-vous : (cocher la case correspondante à votre réponse)

<u>Symptômes</u>	oui	non
Des pertes involontaires de gaz		
Des pertes involontaires de selles		
Des sensations de pesanteur dans votre bas ventre		
Des douleurs au niveau de votre périnée		

Question 9: Avez vous des problèmes de constipation que ce soit pendant ou en dehors de la grossesse?

- Oui
- Non

Question 10: Après cet accouchement, avez-vous ressenti des changements lors de vos rapports sexuels?

- Oui
- Non
- Vous n'avez pas repris les rapports sexuels

Question 11: Qui vous a parlé de la rééducation périnéale?

Plusieurs réponses sont possibles

- La sage-femme ou le médecin qui suit votre grossesse
- Lors de la préparation à l'accouchement
- Les sages-femmes de la maternité
- Un kinésithérapeute
- Votre entourage
- Internet, la presse, les livres
- Autre:.....

Si vous n'effectuez pas de rééducation périnéale après cette grossesse, passez directement à la question numéro 24

Si vous effectuez des séances de rééducation périnéale: (répondez jusqu'à la question 23)

Question 12: A quelle date avez-vous commencé les séances de rééducation périnéale?

...../...../2013

Question 13: Avec qui effectuez-vous ces séances?

- Une sage-femme
- Un kinésithérapeute

Question 14: Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous?

Plusieurs réponses sont possibles

- Manuelle (à l'aide d'un toucher vaginal)
- Biofeedback (exercices avec une sonde reliée à un ordinateur)
- Électrostimulation (impulsion électrique)
- Image (pont levis, fleur...) = CMP (connaissance et maîtrise du périnée)
- L'eutonie (travail de rééducation à l'aide de la position du corps: exercices musculaires en équilibre sur une bûche, un ballon, et basé sur le ressenti de la patiente et une prise de conscience des muscles périnéaux)
- Autre :

Question 15: Quel est le rythme de vos séances de rééducation périnéale?

- Une fois par semaine
- Deux fois par semaine
- Autre:

Question 16 : Quel est votre degré de satisfaction pour:

(entourez le numéro qui correspond à votre satisfaction)

1: pas du tout satisfaite

4: vraiment satisfaite

la méthode que vous utilisez	1	2	3	4
le rythme de vos séances	1	2	3	4
l'utilité globale de vos séances de rééducation	1	2	3	4

Question 17: Quelles sont vos motivations lors de ces séances de rééducation?

Plusieurs réponses sont possibles

- Pouvoir reprendre le sport
- Prévenir les incontinences actuelles et à venir
- Prévenir les sensations de pesanteur et le risque ultérieur de prolapsus (descente d'organe)
- Prévenir la douleur
- Vous rassurer
- Améliorer votre confort
- Retrouver de meilleures sensations lors de vos rapports sexuels
- Mieux connaître votre périnée
- Retrouver votre corps
- Parce qu'il faut le faire
- Ne sait pas
- Autre:

Question 18: Faites vous régulièrement, chez vous, les exercices appris en séance de rééducation périnéale?

- Oui
- Non

Question 19: Si vous ne faites pas régulièrement ces exercices chez vous, pourquoi?

Plusieurs réponses sont possibles

- Vous n'y pensez pas: ce n'est pas un automatisme
- Vous n'avez pas envie
- Vous trouvez qu'il n'y a pas d'intérêt ou d'efficacité
- On ne vous a pas dit qu'il fallait faire régulièrement ces exercices
- Vous n'avez pas assez de temps pour vous
- Autre :

Question 20: Si vous n'avez pas fait toutes les séances prescrites, pourquoi?

Plusieurs réponses sont possibles

- Vous n'avez pas encore terminé
- La sage-femme ou le kinésithérapeute estimait que vous n'en aviez pas besoin
- Vous n'aimiez pas
- Vous manquiez de temps
- Vous n'y voyez pas d'intérêt ou d'efficacité
- Vous avez repris le travail
- Vous étiez fatiguée
- Le praticien ne vous plaisait pas
- Autre :

Question 21: Quels sont les changements que vous avez ressentis lors de ces séances?

Plusieurs réponses sont possibles

- Pas de changements
- Pendant les rapports sexuels
- Moins de fuites urinaires
- Moins de fuites de gaz ou de selles
- Un meilleur confort
- Moins de douleurs
- Sensation d'avoir retrouvé son corps de femme
- Autre:

Question 22: Ces séances vous ont-elles apporté des éléments supplémentaires qu'un simple exercice de rééducation?

Plusieurs réponses sont possibles

- Elles ne vous ont rien apporté de plus
- Se confier
- Discuter du rôle de mère/Demander des conseils pour votre bébé
- Parler allaitement /sevrage
- Avoir des informations sur la contraception
- Pouvoir parler de sexualité
- Parler de la rééducation abdominale
- Parler de la reprise du sport
- Autre :

Question 23: Quelles sont vos suggestions, de tout ordre, pour mettre en place des éléments qui vous aideront à mieux apprécier ces séances de rééducation?

.....

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas fait de rééducation périnéale pour cette grossesse:

Question 24: Pourquoi n'avez vous pas suivi de séances de rééducation périnéale?

Plusieurs réponses sont possibles

- La sage-femme ou le médecin, vous a dit, lors de la visite post-natale, que vous n'aviez pas besoin de rééducation pour cette grossesse
- Vous effectuez vous même les exercices de rééducation à la maison
- Vous manquez de temps pour vous
- Vous n'en ressentez pas le besoin
- Vous pensez le faire plus tard
- Vous n'avez pas envie
- Vous ne trouvez pas de praticien disponible près de chez vous pratiquant la technique que vous souhaitez
- Vous avez des difficultés pour vous organiser (garde des enfants....)
- Vous vous laissez des rendez vous
- Autre:

Question 25: Si vous pensez n'avoir pas été assez informée au sujet de la rééducation, quelles informations vous ont manqué?

Plusieurs réponses sont possibles

- L'utilité de la rééducation
- L'efficacité de la rééducation
- Les différents praticiens
- Les modalités de remboursement
- La période de réalisation de ces séances
- Les méthodes de rééducation périnéale
- Autre:

Question 26: Quelles sont vos suggestions, de tout ordre, pour mettre en place des éléments qui vous aideront à vous rendre à ces séances de rééducation?

.....

.....

.....

.....

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

8.6. Annexe VI : Nomenclature des Professions et Catégorie Socioprofessionnelles (PCS) (Code INSEE)

- 1 Agriculteurs exploitants
 - 11 Agriculteurs sur petite exploitation
 - 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation
 - 13 Agriculteurs sur grande exploitation

- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - 21 Artisans
 - 22 Commerçants et assimilés
 - 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - 31 Professions libérales et assimilés
 - 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
 - 36 Cadres d'entreprise

- 4 Professions Intermédiaires
 - 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
 - 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
 - 47 Techniciens
 - 48 Contremaîtres, agents de maîtrise

- 5 Employés
 - 51 Employés de la fonction publique
 - 54 Employés administratifs d'entreprise
 - 55 Employés de commerce
 - 56 Personnels des services directs aux particuliers

- 6 Ouvriers
 - 61 Ouvriers qualifiés
 - 66 Ouvriers non qualifiés
 - 69 Ouvriers agricoles

- 7 Retraités

- 8 Autres personnes sans activité professionnelle
 - 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
 - 83 Militaires du contingent
 - 84 Elèves, étudiants
 - 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
 - 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

8.7. Annexe VII: La méthode Kegel

En 1948, le Gynécologue, Arnold Kegel, pose les bases de la rééducation périnéale. Ce n'est pas une méthode à proprement dite mais il s'agit tout simplement des exercices du périnée

Il propose notamment que toutes femmes opérées d'un prolapsus, ou toutes celles ayant accouché apprennent comment contracter les muscles vaginaux. Aussi, il suggère que des exercices du périnée soient effectués de façon préventive.

Le Docteur Kegel est également l'inventeur du périnomètre, un dispositif permettant de mesurer la pression vaginale et qui préfigure les technologies utilisées par la médecine d'aujourd'hui.

Le Docteur Kegel a développé la théorie des trois « S » au muscle pubo-coccygien.

- Soutien (supporte les organes internes)
- Sphincter (retient les urines et les selles)
- Sexuel (maintient les parois vaginales fermes et contracte lors de l'orgasme)

8.8. Annexe VII: La plaquette d'informations

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES