

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

## FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

\*\*\*\*\*

Année 2018

N° 281



### REEDUCATION PERINEALE DU POST-PARTUM : EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES ET DE LA SATISFACTION DES PATIENTES A DAKAR (SENEGAL)

#### MEMOIRE

#### POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

PRESENTE ET SOUTENU

Le 17 Décembre 2018

Par

Docteur Karine NSEME

Née le 16 Octobre 1979 à Libreville (Gabon)

#### Membres du jury

Président du jury :	Mr Alassane DIOUF	Professeur titulaire
Membres du jury:	Mr Mamadou Lamine CISSE	Professeur titulaire
	Mme Marie Edouard FAYE DIEME	Maitre de conférences Agrégé
Directeur de mémoire :	Mme Marie Edouard FAYE DIEME	Maitre de conférences Agrégé
Co-directeur :	Mme Isseu TALL	Docteur

**« Que toute la Gloire te revienne Seigneur et que ton Nom soit béni de m'avoir  
donné le courage, la force et la patience d'achever ce travail. »**

## DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

Mes parents Monsieur Nseme Owone Jean Baptiste et Madame Nseme Owone Thérèse; aucun mot ne saurait exprimer ma gratitude, mon amour, mon respect et ma reconnaissance.

Mes frères et sœurs : Jean-Rodrigue, Edith, Simon et Claudia, recevez mon affection fraternelle et ma reconnaissance.

Mon époux Mr Loembe Roland Joseph ; merci pour l'accompagnement à la mesure ton possible.

Mes fils Giovanni, Greg et Daniel ; vous avez été ma première source de motivation durant cette belle aventure à des kilomètres de notre terre d'origine. Maman vous aime énormément.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, permis par leur collaboration, leur soutien et leur avis judicieux de mener à bien ce travail.

### **A ma sœur Prudence Biyie Bi Ngoghe**

Merci pour l'amour et le soutien témoignés durant notre séjour ces dernières années.

### **Au Dr Edmery Mpouho (mon grand-frère personnel)**

Merci pour la disponibilité, la patience et la petite touche personnelle apportée à ce travail.

### **A mon jeune, Dr Abdou Karim DIALLO**

Merci pour ta disponibilité et le nombre d'heures que tu as passé dans l'analyse statistique de ce travail.

### **Mes amis :**

Brice Valère ELLA EMANE (mon binôme en tout), Kadiatou BANE

En souvenir des moments agréables que nous avons passés ensemble depuis le tronc commun de chirurgie.

Toute la promotion D.E.S. Gynécologie et Obstétrique 2017.

Toutes les équipes de l'Hôpital A. Le Dantec, de l'Hôpital Général de Grand Yoff, de l'Hopital Militaire de Ouakam, du Centre Hospitalier Abass Ndao, du Centre Hospitalier Youssou Mbargane de Rufisque, du Centre Hospitalier Roi Baudouin, de l'Hopital Institut Hygiène Social, du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor, du Centre de Santé Nabil Choucair, du Centre National d'Appareillage Orthopédique, de la Clinique Nest et de la Clinique de la Madeleines.

## **A NOS MAITRES ET JUGES**

**A notre Maître et Président du Jury,**

**Professeur Alassane DIOUF**

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Votre compétence, votre disponibilité permanente et votre sens social très élevé font de vous un maître exemplaire.

Veillez agréer, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge de mémoire,**

**Professeur Mamadou Lamine CISSE**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous avons été touchés par votre engagement, votre spontanéité et votre courtoisie.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect.

**A notre Maître et directeur de mémoire,**

**Professeur Marie Edouard FAYE DIEME**

Cher Maître,

Pour ce travail que vous avez initié, supervisé et suivi de bout en bout dans toutes ses phases, veuillez recevoir mes sincères remerciements et gratitude.

Votre sens élevé du respect de la personne et votre goût du travail bien fait font de vous une référence sûre pour nous et les générations futures.

Aucun mot ne pourra traduire mon profond respect, mon estime et mon admiration.

Permettez-nous de vous exprimer l'assurance de notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et co-directeur**

***Dr Isseu TALL***

Cher Maître,

Merci pour votre précieuse contribution en initiant ce travail.

Votre gentillesse, votre enthousiasme et votre disponibilité nous ont beaucoup marqué.

Travailler avec vous fut un réel plaisir durant cette période.

Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## LISTE D'ABREVIATIONS

<b>ANAES</b>	:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ANSFES</b>	:	Association Nationale des Sages-Femmes d'Etat du Sénégal
<b>ASGO</b>	:	Association Sénégalaise de Gynécologie Obstétrique
<b>ASKIR</b>	:	Association Sénégalaise des Kinésithérapeutes Rééducateurs
<b>BFB</b>	:	Biofeedback
<b>CHAN</b>	:	Centre Hospitalier Abass Ndao
<b>CHNP</b>	:	Centre Hospitalier National de Pikine
<b>CHRB</b>	:	Centre Hospitalier Roi Baudouin
<b>CNAO</b>	:	Centre National d'Appareillage et Orthopédique
<b>CMP</b>	:	Connaissance et Maitrise du Périnée
<b>CNGOF</b>	:	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>CSNC</b>	:	Centre de Santé Nabil Choucair
<b>CSPMS</b>	:	Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor
<b>DIU</b>	:	Dispositif Intra-Utérin
<b>HALD</b>	:	Hôpital Aristide Le Dantec
<b>HAS</b>	:	Haute Autorité de Santé
<b>HMO</b>	:	Hôpital Militaire de Ouakam
<b>HOGGY</b>	:	Hôpital Général de Grand Yoff
<b>IA</b>	:	Incontinence Anale
<b>IHS</b>	:	Hôpital Institut d'Hygiène Sociale
<b>IUE</b>	:	Incontinence Urinaire d'Effort
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>RPP</b>	:	Rééducation Périnéale du Post-partum
<b>SFL</b>	:	Sages-Femmes Libérales

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Cotation de la force des muscles du plancher pelvien (Testing) .....	30
Tableau II: Modalités de l'accouchement et état du périnée. ....	57

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Développement embryologique du périnée.....	5
Figure 2: Vue inférieure du périnée chez la femme.....	7
Figure 3: Les organes génitaux externes chez la femme.....	8
Figure 4: Périnée antérieur féminin (vue inférieure). ....	10
Figure 5: Distension du périnée pendant l'expulsion.....	13
Figure 6: Déchirures périnéales simples, incomplètes ou du premier degré.....	15
Figure 7: Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré.....	15
Figure 8: Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré....	16
Figure 9: Episiotomies.....	17
Figure 10: Les différents degrés de prolapsus selon la classification française.....	22
Figure 11 : Photo visualisation du périnée. ....	33
Figure 12 : Renforcement muscles du périnée avec ballon de Klein.....	34
Figure 13: Les différentes sondes utilisées lors de l'électrostimulation et le biofeedback.....	35
Figure 14: Cône vaginal (Aqua Flex vaginal) ....	38
Figure 15: Kit périnéomax.....	39
Figure 16 : Prestataires interviewés selon les structures sanitaires.....	46
Figure 17: Répartition des prestataires selon leur catégorie socio-professionnelle.....	47
Figure 18 : Répartition des prestataires selon leur ancienneté. ....	47
Figure 19: Répartition des prestataires selon le type d'activité quotidienne.....	48
Figure 20: Répartition des prestataires selon les méthodes de RPP connues. ....	49
Figure 21: Répartition des prestataires selon la connaissance de la période à laquelle devrait débiter la RPP. ....	49
Figure 22: Répartition des prestataires selon les centres de RPP indiqué. ....	50

Figure 23: Répartition des prestataires selon les motifs de non prescription de la RPP.....	51
Figure 24: Répartition des prestataires selon les structures d'orientation des patientes pour la RPP. ....	51
Figure 25: Répartition des patientes selon la structure sanitaire.....	52
Figure 26: Répartition des patientes selon la parité. ....	53
Figure 27: Répartition des patientes selon leurs antécédents médico-chirurgicaux. ....	53
Figure 28: Répartition des patientes en fonction du gain pondéral pendant la dernière grossesse.....	54
Figure 29: Répartition des patientes en fonction du terme de leur grossesse lors du dernier accouchement.....	55
Figure 30: Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement.....	56
Figure 31: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels.....	58
Figure 32: Répartition des patientes selon les déficiences périnéo-sphinctériennes retrouvées au bilan initial.....	59
Figure 33 : Répartition des patientes selon la méthode de RPP utilisée. ....	60
Figure 34: Evolution des déficiences périnéo-sphinctérienne après RPP. ....	61
Figure 35: Répartition des patientes selon la source d'information.....	61
Figure 36: Répartition des patientes selon les connaissances sur le périnée.....	62
Figure 37: Répartition des patientes selon la maîtrise de la fonction du périnée.....	63
Figure 38: Répartition des patientes selon leur satisfaction personnelle. ....	63

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

## PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA REEDUCATION PERINEALE

<b>I. RAPPELS SUR LE PERINEE FEMININ.....</b>	<b>4</b>
I.1. Définition.....	4
I.2. Rappels embryologiques.....	4
I.3. Rappels anatomiques.....	6
I.3.1 Configuration.....	6
I.3.2. Vascularisation du périnée.....	11
I.3.3. Innervation du périnée.....	11
I.4. Modifications du périnée pendant la grossesse et l'accouchement.....	12
I.4.1. Modifications physiologiques du périnée durant la grossesse et l'accouchement.....	12
I.4.2. Complications périnéales de l'accouchement.....	14
I.4.2.1. Complications immédiates.....	14
I.4.2.2. Complications à moyen et long terme.....	17
<b>II. LA REEDUCATION PERINEALE DU POST-PARTUM.....</b>	<b>24</b>
II.1. Définition.....	24
II.2. Historique.....	24
II.3. Indications.....	25
II.4. Evaluation initiale.....	25
II.4.1. Interrogatoire.....	26
II.4.2. Examen clinique.....	27
II.4.3. Examens paracliniques.....	30
II.5. Méthodes de rééducation périnéale.....	31
II.5.1. Connaissance et maîtrise du périnée (CMP) .....	32

II.5.2. Rééducation manuelle.....	33
II.5.3. Electrostimulation.....	34
II.5.4. Biofeedback (BFB) .....	36
II.5.5. Traitement comportemental.....	36
II.5.6. Autres méthodes.....	37
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE</b>	
<b>I. OBJECTIFS.....</b>	<b>41</b>
I.1. Objectif général.....	41
I.2. Objectifs spécifiques.....	41
<b>II. METHODOLOGIE.....</b>	<b>41</b>
II.1. Cadre d'étude.....	41
II.2. Type d'étude.....	42
II.3. Période d'étude.....	42
II.4. Population d'étude.....	42
II.4.1. Les prestataires.....	42
II.4.2. Les patientes.....	43
II.5. Collecte des données.....	43
II.5.1. Les prestataires.....	43
II.5.1.1. Déroulement des interviews.....	43
II.5.1.2. Items.....	43
II.5.2. Les patientes.....	44
II.5.2.1. Déroulement des interviews.....	44
II.5.2.2. Items.....	44
II.6. Saisie et analyse des données.....	45
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>46</b>
III.1. Données concernant les prestataires.....	46
III.1.1. Effectifs.....	46
III.1.2 Caractéristiques générales.....	46
III.1.3. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la RPP.....	48

III.2. Données concernant les patientes.....	52
III.2.1. Effectifs.....	52
III.2.2. Caractéristiques générales.....	52
III.2.3. Caractéristiques de la dernière grossesse et de l'accouchement.....	54
III.2.4. Evaluation initiale.....	57
III.2.5 Déroulement des séances de RPP.....	59
III.2.5 Données retrouvées lors du bilan final.....	60
III.2.6 Données de l'évaluation des connaissances et de la satisfaction des patientes.....	61
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>65</b>
IV.1. Limites de l'étude.....	65
IV.2. Niveau de connaissances des prestataires des maternités de Dakar sur la RPP .....	65
IV.3. Pratiques de prescription de la RPP.....	65
IV.4. Déroulement de la RPP.....	67
IV.5. Niveau de connaissance des patientes sur le périnée et la RPP.....	68
IV.6. Evolution des symptômes et satisfaction des patientes.....	69
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

L'activité de reproduction est essentielle à la pérennité de l'espèce, cela explique la place qu'occupe la reproduction humaine dans toutes les sociétés et plus particulièrement dans nos sociétés africaines où la procréation est le principal rôle de la femme [1].

La grossesse et l'accouchement, bien qu'étant des événements heureux, ne sont pas dénués de risques aussi bien sur le plan physique, physiologique que psychologique. C'est la raison pour laquelle il existe des programmes de prise en charge médicale pour la mère et l'enfant, à savoir la consultation prénatale (CPN), l'assistance qualifiée à l'accouchement, la consultation post-natale (CPON) et la planification familiale (PF). La sollicitation du périnée durant ces événements peut être à l'origine de certains troubles tels que l'incontinence urinaire et/ou anale, les douleurs périnéales et les troubles de la statique pelvienne (prolapsus) et du rachis.

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), la prévalence de l'incontinence urinaire du post-partum varie entre 15 et 40 % selon les auteurs. Elle concernerait plus les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. Les douleurs périnéales peuvent être présentes à 2 mois du post-partum dans plus de 20 % des cas et après 12 mois dans 10 % des cas et on note une diminution importante de la force du périnée entre 6 et 8 semaines post-partum. L'incontinence fécale surviendrait dans 1 à 5 % des cas selon les auteurs [2]. La prévalence de la dyspareunie dans le post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50% en fonction des études et du mode d'accouchement [3].

L'une des méthodes de prise en charge de ces troubles périnéo-sphinctériens est la rééducation pelvi-périnéale qui est un ensemble de techniques spécifiques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnements des organes pelviens urinaires, digestifs ou sexuels [4].

Dans le post-partum, la prise en charge rééducative globale comprend trois grands axes:

- Une prise en charge périnéo-sphinctérienne ;
- Une prise en charge pelvi-rachidienne ;
- Une prise en charge de la sangle abdominale [4].

Les traitements s'effectuent aussi bien à titre préventif que curatif et différentes techniques se combinent : information, travail musculaire intra-vaginal, gestion de la pression intra-abdominale etc... [5].

En France, la rééducation périnéale a été introduite en 1980 par Alain Bourcier, physiothérapeute et spécialiste en rééducation pelvi-périnéale qui fait partie des compétences des sages-femmes qui sont les seules avec les kinésithérapeutes à la pratiquer [4]. De ce fait, les recommandations pour la pratique clinique de Décembre 2002 de la Haute Autorité de Santé (HAS), basées sur des accords professionnels, préconisent la prescription de rééducation périnéale dans le post-partum si cela s'avère nécessaire lors de la consultation postnatale, donc pas en systématique. Mais cette recommandation ne fait pas l'objet d'un consensus professionnel et dans de nombreuses maternités, cette prescription est faite quasi systématiquement [6]. La rééducation périnéale dans la période du post-partum (RPP) est intégralement remboursée par la Sécurité Sociale depuis 1985 [4]. Cette prise en charge a été un grand pas dans l'accès aux soins mais aussi dans la sensibilisation faite auprès des patientes.

En Afrique, et particulièrement au Sénégal, la RPP est peu connue voire méconnue dans la pratique quotidienne car les programmes de suivi et de prise en charge médicale de la mère et l'enfant (CPN et CPON) ne l'ont pas inclus dans l'offre de soins. Souvent le recours à la RPP est tardif car les troubles périnéo-

sphinctériens restent un sujet tabou, parfois honteux à aborder. Hormis les problèmes d'hygiène dont ils sont responsables, ils peuvent être source de discorde sociale et familiale entraînant la stigmatisation, l'isolement et le divorce dans beaucoup de foyers [1].

Ainsi, nous avons mené cette étude dans le but de faire un état des lieux sur les connaissances et la pratique de la rééducation du périnée dans le post-partum (RPP) à Dakar. Nos objectifs étaient de déterminer le niveau de connaissance des prestataires de maternités de Dakar sur la RPP, d'évaluer les pratiques de prescription et de mesurer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une RPP à Dakar.

Dans la première partie, nous allons aborder les notions générales sur le périnée et ses modifications au cours de la grossesse et l'accouchement, les complications périnéales de l'accouchement puis la rééducation périnéale dans le post-partum avec ses indications et ses différentes méthodes. Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats de l'enquête réalisée auprès des prestataires des maternités et des patientes qui ont bénéficié de séances de RPP à Dakar. Nous analyserons ces résultats et ferons des recommandations en vue d'une meilleure intégration de la rééducation périnéale dans notre pratique quotidienne.

**PREMIERE PARTIE : REVUE  
DE LA LITTERATURE SUR LA  
REEDUCATION PERINEALE**

# **I. RAPPELS SUR LE PERINEE FEMININ**

## **I.1. Définition**

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Il est traversé d'arrière en avant par le rectum, le vagin et l'urètre [7].

## **I.2. Rappels embryologiques**

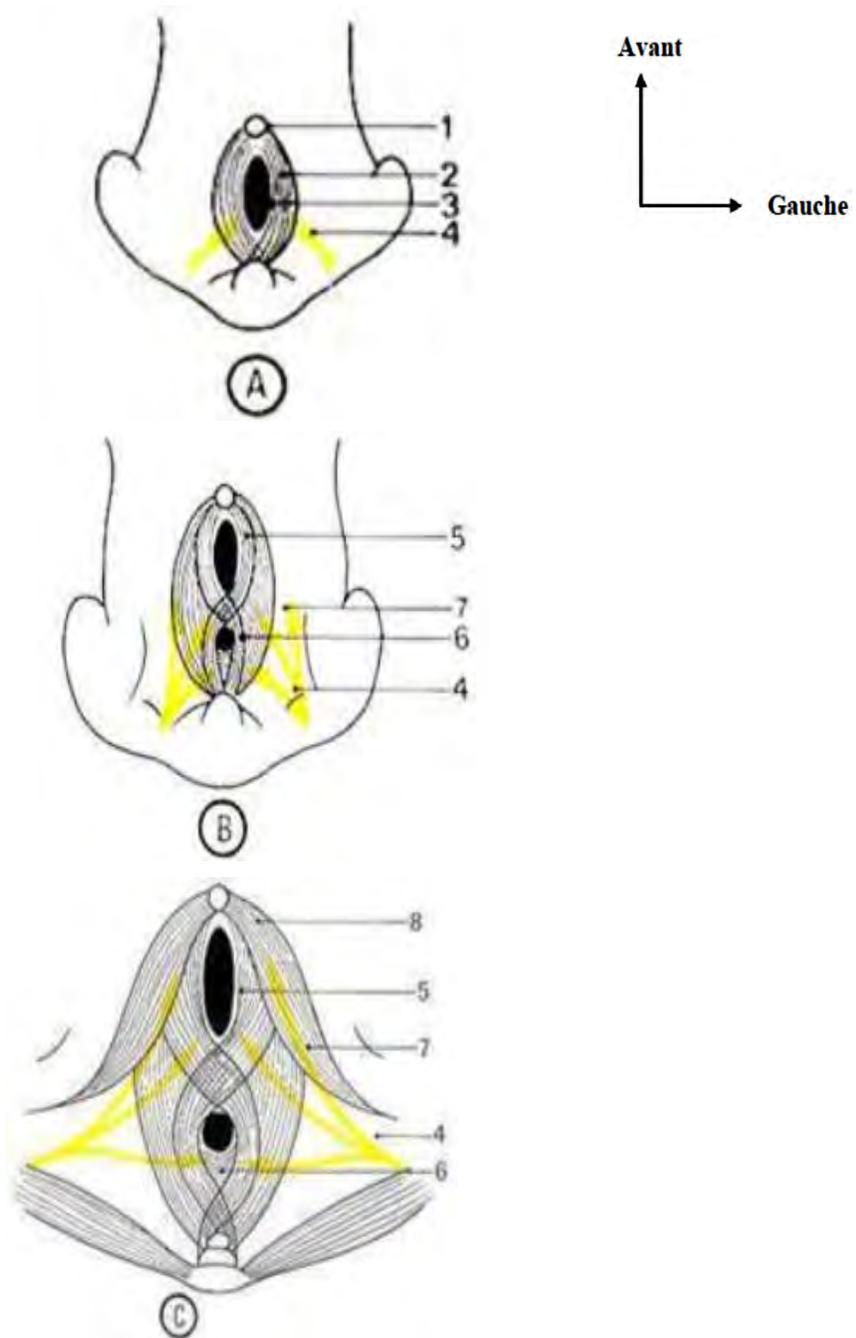
Le périnée est formé d'éléments variés.

Au deuxième mois du développement intra-utérin, le mésenchyme péri cloacal se différencie en sphincter cloacal primitif (Figure 1 A).

Au troisième mois l'éperon périnéal, en divisant le cloaque, va scinder son sphincter en un sphincter anal et un sphincter uro-génital, entraînant par la même occasion la division du nerf pudendal (Figure 1 B).

Au cinquième mois, le sphincter uro-génital va donner autour du canal vaginal, les muscles bulbo-spongieux et constricteur de la vulve et autour de l'urètre un anneau, l'origine du sphincter externe de l'urètre (Figure 1 C).

Quant aux bulbes vestibulaires, ils dériveraient d'ébauches mésenchymateuses denses pénétrées par des bourgeons vasculaires alors que les corps caverneux ou clitoris se développent à partir du tubercule génital [8].



**Figure 1: Développement embryologique du périnée [8].**

1-tubercule génital, 2- sphincter cloacal, 3- cloaque, 4- nerf pudendal, 5- sphincter du sinus uro-génital, 6- sphincter externe anal, 7- nerf dorsal du clitoris, 8- muscle ischio-caverneux.

**A**-Embryon de 2 mois. **B**-Embryon de 3 mois. **C**-Foetus de plus de 4 mois.

### **I.3. Rappels anatomiques**

#### **I.3.1 Configuration**

Le périnée est limité par un cadre ostéo-fibreux, losangique avec :

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

La configuration du périnée est variable selon la position du sujet :

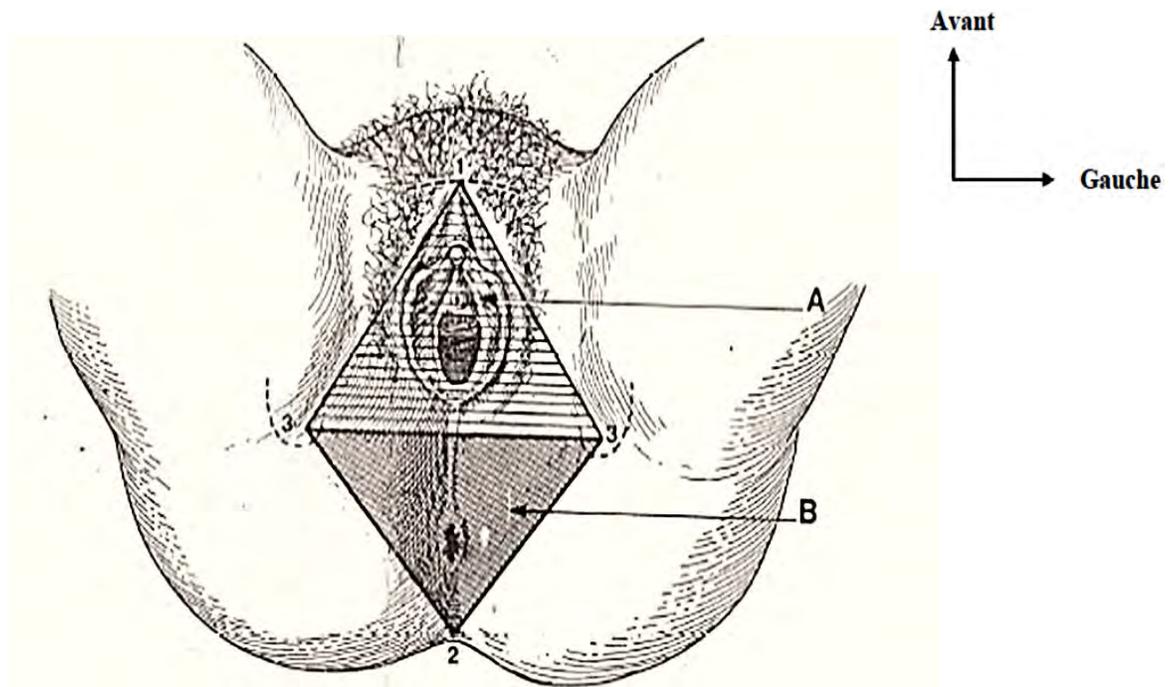
- ✓ chez une femme debout, il a la forme d'une fente cachée entre l'extrémité supérieure des cuisses, prolongée en arrière par le pli inter-fessier et en avant par le pubis ;
- ✓ chez une femme en position gynécologique, comme le montre la figure 2, il a la forme d'un losange à grand axe antéro-postérieur avec :
  - en avant, la symphyse pubienne ;
  - en arrière, le coccyx ;
  - latéralement, les tubérosités ischiatiques.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux triangles :

- ✓ le périnée antérieur ou région uro-génitale ;
- ✓ le périnée postérieur ou région anale.

Entre ces deux périnées se situe sur la ligne médiane, le centre tendineux du périnée qui est une zone d'insertion de nombreux muscles, très résistante.

Ces deux régions ne sont pas dans le même plan, elles forment un angle dièdre ouvert vers le haut sur la femme debout [8].



**Figure 2: Vue inférieure du périnée chez la femme [8].**

A-Périnée antérieur ou urogénital

B-Périnée postérieur ou anal

Le périnée est subdivisé en 2 parties comme le montre la figure 2:

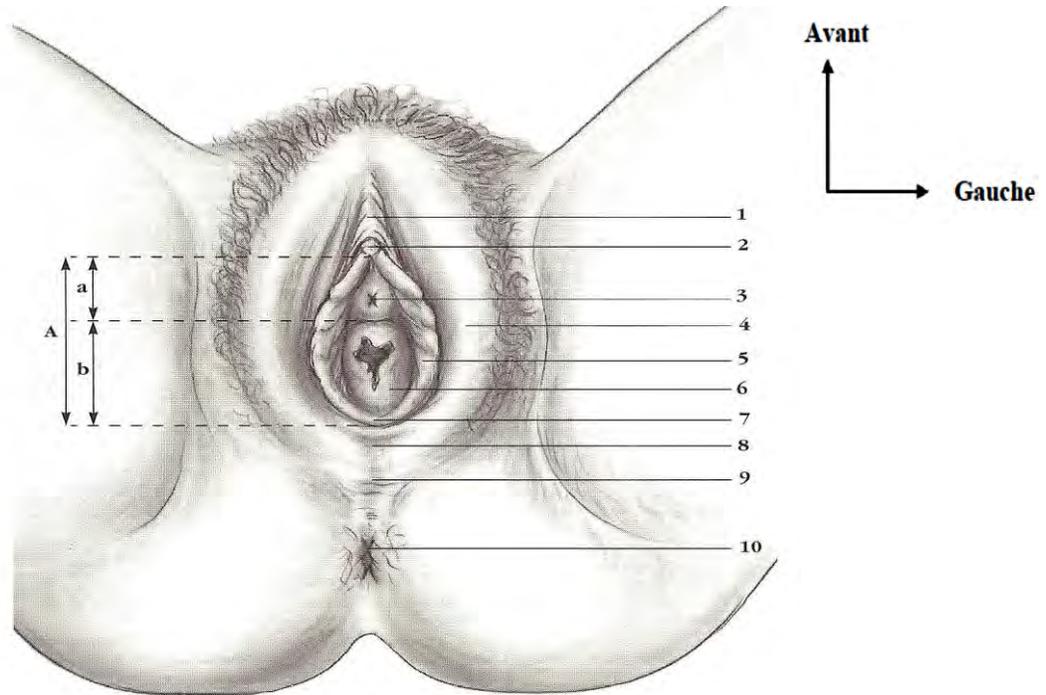
❖ Périnée urogénital

On distingue 3 étages au niveau du périnée urogénital :

- ✓ Le plan cutané et les organes génitaux externes

La vulve est une saillie ovoïde à grand axe sagittal située entre le mont du pubis en avant et l'anus en arrière. Elle présente une fente médiane appelée fente vulvaire bordée latéralement par les grandes lèvres en dedans desquelles se trouvent les petites lèvres dont l'union en avant forme le capuchon du clitoris.

Entre les formations labiales s'ouvrent : l'ostium urétral et les glandes de Skene de chaque côté, le vagin en arrière et les glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures) au tiers moyen et inférieur du sillon entre l'hymen et les petites lèvres [8].



**Figure 3: Les organes génitaux externes chez la femme [9].**

A- vestibule: a-vestibule urinaire b- vestibule génital

1-Prépuce du clitoris, 2-gland du clitoris, 3-ostium externe de l'urètre, 4- grande lèvre, 5-petite lèvre, 8- fossette vestibulaire, 9-commissure postérieure des lèvres, 10-anus.

✓ Le plan superficiel du périnée

Il comprend quatre muscles et l'aponévrose périnéale superficielle dans sa partie antérieure et le sphincter externe de l'anus dans sa partie postérieure. A ce niveau se situe également l'espace superficiel du périnée traversé par le vagin et l'urètre et contient les organes érectiles (bulbes vestibulaires et corps caverneux), les glandes (glandes de Skène et glandes de Bartholin) et les pédicules vasculo-nerveux.

L'aponévrose périnéale superficielle est sous cutanée et s'étend seulement dans le périnée antérieur.

Les muscles du plan superficiel sont :

- Le muscle ischio-caverneux : pair et symétrique, recouvre la face libre du corps caverneux. Son action est d'abaisser le clitoris et appliquer le gland contre la face dorsale du pénis au cours du coït.
  - Le muscle bulbo-spongieux : constant, pair, aplati et symétrique qui recouvre la face externe du bulbe vestibulaire et de la glande de Bartholin (glande vestibulaire majeure). Il a une action complexe : il joue un rôle dans l'érection et sa contraction comprime la glande de Bartholin et en favorise l'évacuation en faisant rétrécir l'orifice inférieur du vagin. Comme l'ischio-caverneux, il abaisse le clitoris et applique le gland contre la face dorsale du pénis au cours du coït.
  - Le muscle transverse superficiel : pair, mince et inconstant qui se confond souvent avec le muscle transverse profond. Son action est de concourir à la défécation en comprimant la partie antérieure du canal anal, et de tirer sur le centre tendineux du périnée. Il immobilise l'attache postérieure du muscle bulbo-caverneux.
  - Le muscle constricteur de la vulve : mince et inconstant, se situe en dedans du muscle bulbo-caverneux et de la glande de Bartholin, peu individualisé car intimement lié à la musculature du vagin. Son action est de resserrer le vagin.
- ✓ Le plan moyen du périnée

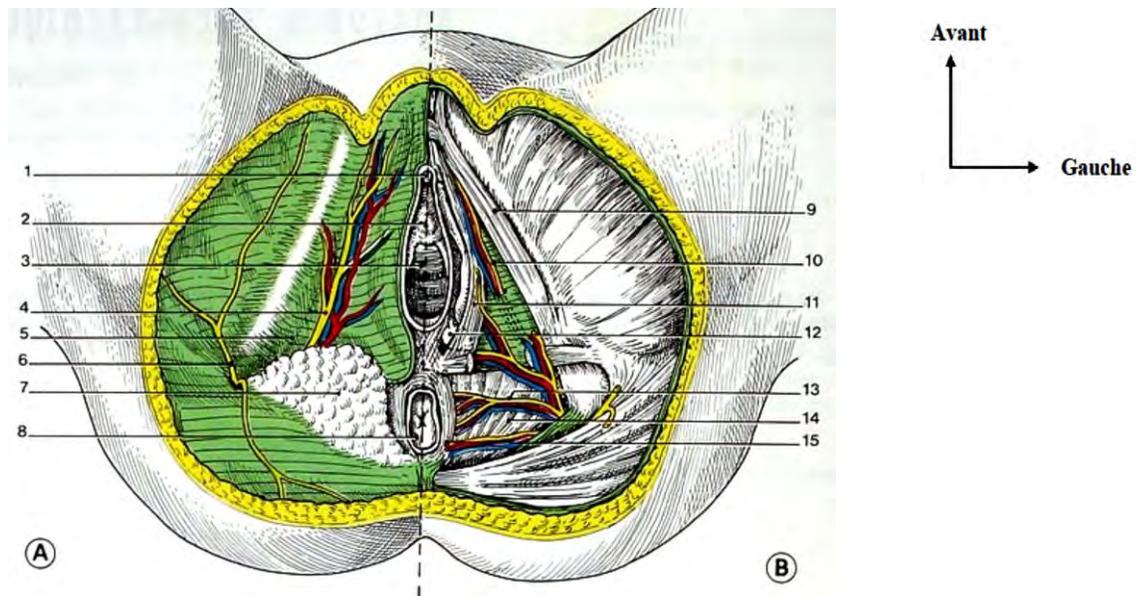
Il n'existe que dans la partie antérieure du périnée et compris entre les feuillettes ou fascias supérieur et inférieur de l'aponévrose moyenne. Il est constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre qui forment le diaphragme urogénital [8].

## ❖ Périnée anal

Au niveau du périnée postérieur, s'ouvre le canal anal.

La peau du périnée antérieur est fine, pigmentée et recouverte de longs poils et celle du périnée postérieur est plus épaisse et plus mobile au niveau des régions fessières mais devient plus fine et moins mobile au niveau de la marge anale.

En dessous de la peau, se trouve le sphincter strié ou externe de l'anus dont l'action est d'assurer la continence ano-rectale et joue un rôle essentiel dans les mécanismes de la défécation [8].



**Figure 4: Périnée antérieur féminin (vue inférieure) [8].**

**A-** région sous cutanée **B-**Espace superficiel du périnée

1-Clitoris, 2- Ostium externe de l'urètre, 3- vagin, 4- artère, veine et nerf périnéaux superficiels, 5-Fascia superficiel du périnée, 6- rameau périnéal du nerf cutané postérieur de la cuisse, 7-tissu adipeux de la fosse ischio-rectale, 8-anus, 9-muscle ischio caverneux, 10-nerf bulbo-urétral, 11-muscle bulbo-spongieux, 12-glande vestibulaire majeure, 13-nerf rectal inférieur, 14-muscle élévateur de l'anus, 15- muscle sphincter externe de l'anus.

### **I.3.2. Vascularisation du périnée (Figure 4)**

- ✓ Vascularisation artérielle : elle est assurée en grande partie par l'artère pudendale, branche antérieure de l'artère iliaque interne. Dans son trajet, elle fournit plusieurs collatérales (l'artère rectale inférieure, l'artère périnéale supérieure, l'artère du bulbe vestibulaire et l'artère urétrale) et se termine par l'artère profonde du clitoris et l'artère dorsale du clitoris qui elle-même donne des rameaux (vésical antérieur, rétro-symphysaire, pré-symphysaire et cutanés).
- ✓ Vascularisation veineuse : elle est calquée sur le schéma des artères, elle trouve son origine dans le plexus veineux de Santorini situé un peu en-dessous de la symphyse pubienne. La veine pudendale qui reçoit des collatérales cavernieuses, bulbaires et périnéales se jette dans la veine iliaque interne.
- ✓ Vascularisation lymphatique : Les troncs lymphatiques profonds du périnée antérieur suivent les veines et se jettent dans les ganglions iliaques internes. Ils s'anastomosent avec les lymphatiques de l'anus, du vagin et de l'utérus.

### **I.3.3. Innervation du périnée (Figure 4)**

Le périnée comprend trois territoires d'innervation :

- territoire des nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique et génito-fémoral ;
- territoire du nerf pudental ;
- territoire des branches ischio-périnéales du nerf cutané postérieur de la cuisse et du nerf glutéal inférieur.

La principale innervation du périnée provient du plexus pudental issu des 2ème, 3ème et 4ème vertèbres sacrées. Il innerve les organes génitaux externes et le périnée et se termine par le nerf pudental qui est un nerf moteur et sensitif qui se divise en deux branches au niveau de la fosse ischio-rectale.

L'innervation du muscle élévateur de l'anus est assurée essentiellement par un rameau du troisième nerf sacré et de quelques fibres issues de S3 et S4.

#### **I.4. Modifications du périnée pendant la grossesse et l'accouchement**

La grossesse et l'accouchement entraînent d'importants remaniements physiologiques du périnée qui sont le plus souvent sans conséquence pathologique et réversible après l'accouchement. Mais il arrive que ceux-ci provoquent des modifications pathologiques.

##### **I.4.1. Modifications physiologiques du périnée durant la grossesse et l'accouchement**

❖ Phénomènes agissant sur l'anatomie et la fonction du tractus urogénital pendant la grossesse :

✓ Phénomènes mécaniques

L'utérus gravide, suite à son augmentation de volume, va exercer en position debout une pression vers la fente vulvaire. A l'effort, le col va s'appuyer vers l'avant soutenu par le centre tendineux du périnée et les muscles élévateurs de l'anus s'ils sont toniques, sinon ils vont constituer une zone de faiblesse laissant la fente vulvaire béante.

✓ Phénomènes hormonaux

Avec l'imbibition du système fibro-ligamentaire et ostéo-ligamentaire par la progestérone, il y a des modifications du bassin, des douleurs et un risque de traumatisme.

Pendant la grossesse, les modifications physiologiques vont favoriser la continence au niveau de l'urètre et de la vessie par l'augmentation de la longueur urétrale fonctionnelle, de la pression urétrale maximale et de la pression vésicale

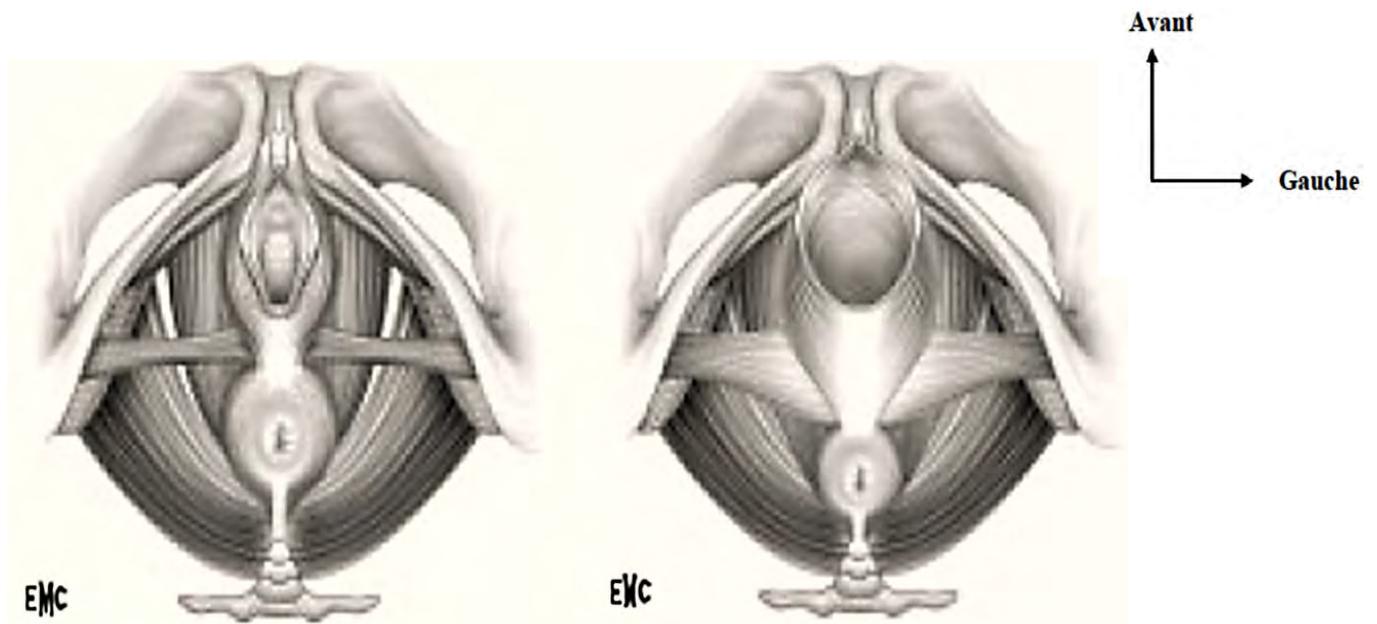
également. La compression de la vessie par l'utérus gravide sera responsable d'un reflux vésico-urétral avec miction fréquente.

❖ Aspects physiologiques du périnée pendant l'accouchement

Durant la deuxième phase du travail, la progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus.

Lorsque la présentation va prendre contact avec le plancher périnéal, celui-ci va subir une ampliation avec:

- mise en tension du périnée postérieur ;
- allongement de la distance ano-vulvaire ;
- étirement du périnée antérieur ;
- et dilatation circulaire de l'anus.



**Figure 5: Distension du périnée pendant l'expulsion [9].**

## **I.4.2. Complications périnéales de l'accouchement**

### **I.4.2.1. Complications immédiates**

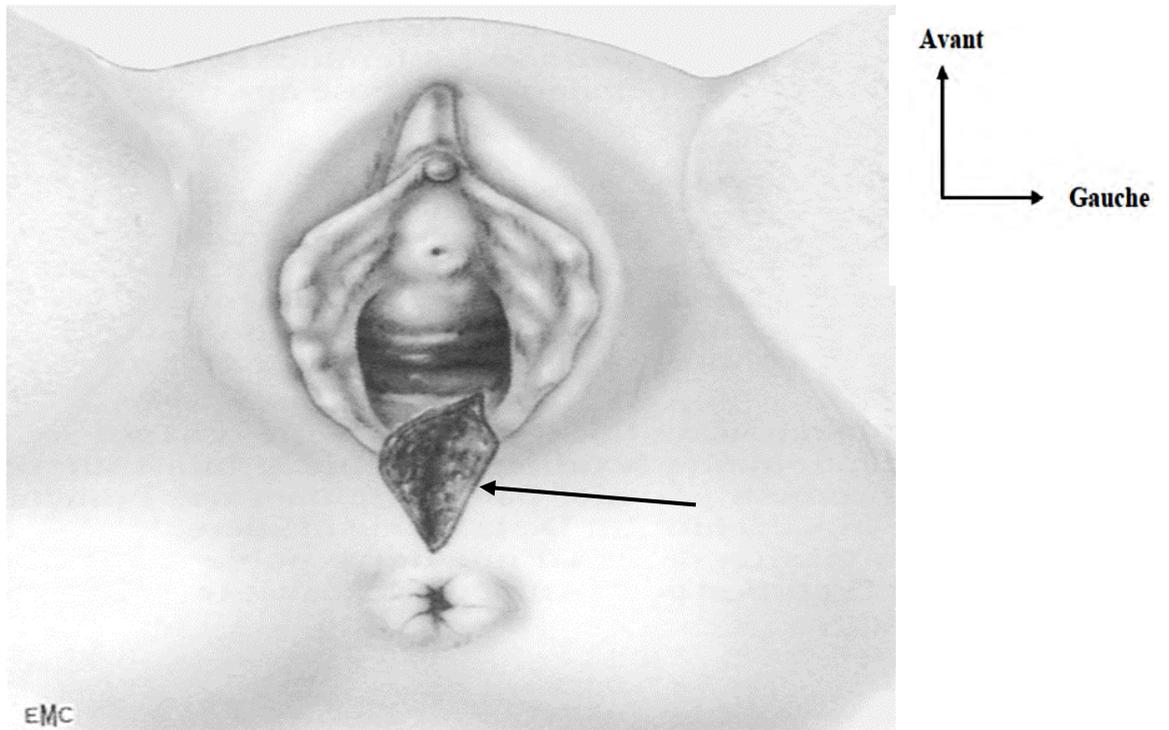
La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne :

- d'un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec élongation du sphincter urétral ; d'une désolidarisation inter-viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston ; de lésions du plancher pelvien (déchirures interstitielles des muscles du périnée, désinsertion terminale des muscles du noyau fibreux central) ;
- de lésions neurologiques : élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien, surtout pubo-rectal et sphincter anal externe.

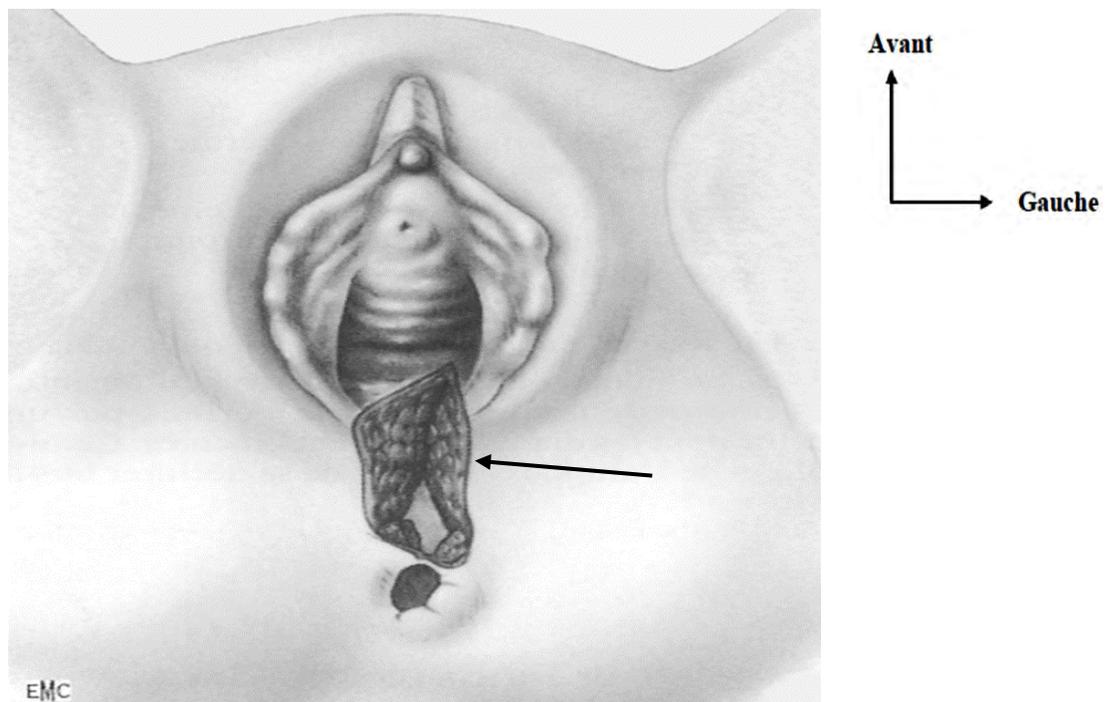
Ce sont ces lésions nerveuses qui seraient en plus de l'élongation musculaire, responsables de l'incontinence urinaire et anale du post-partum.

Selon la classification française, on distingue trois degrés lésionnels des déchirures périnéales :

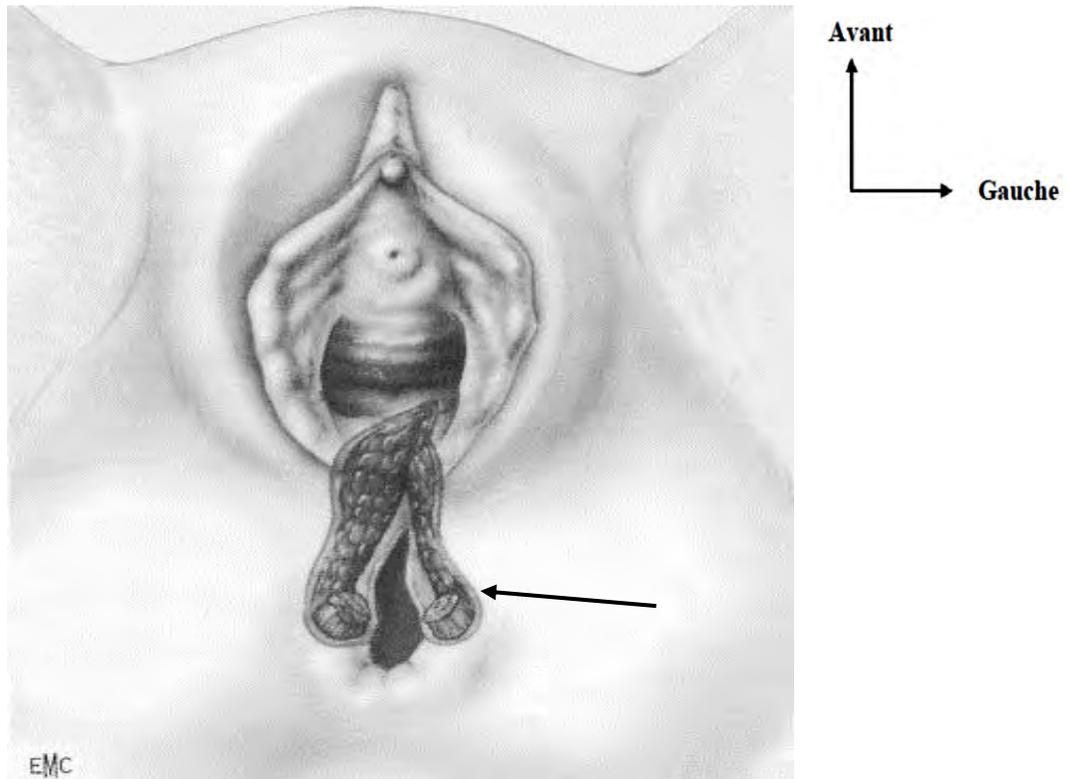
- Déchirures périnéales simples, incomplètes ou du premier degré (Figure 6) ;
- Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré (Figure 7) ;
- Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré (Figure 8) [8-10].



**Figure 6: Déchirures périnéales simples, incomplètes ou du premier degré [11].**



**Figure 7: Déchirures périnéales complètes ou du deuxième degré [11].**

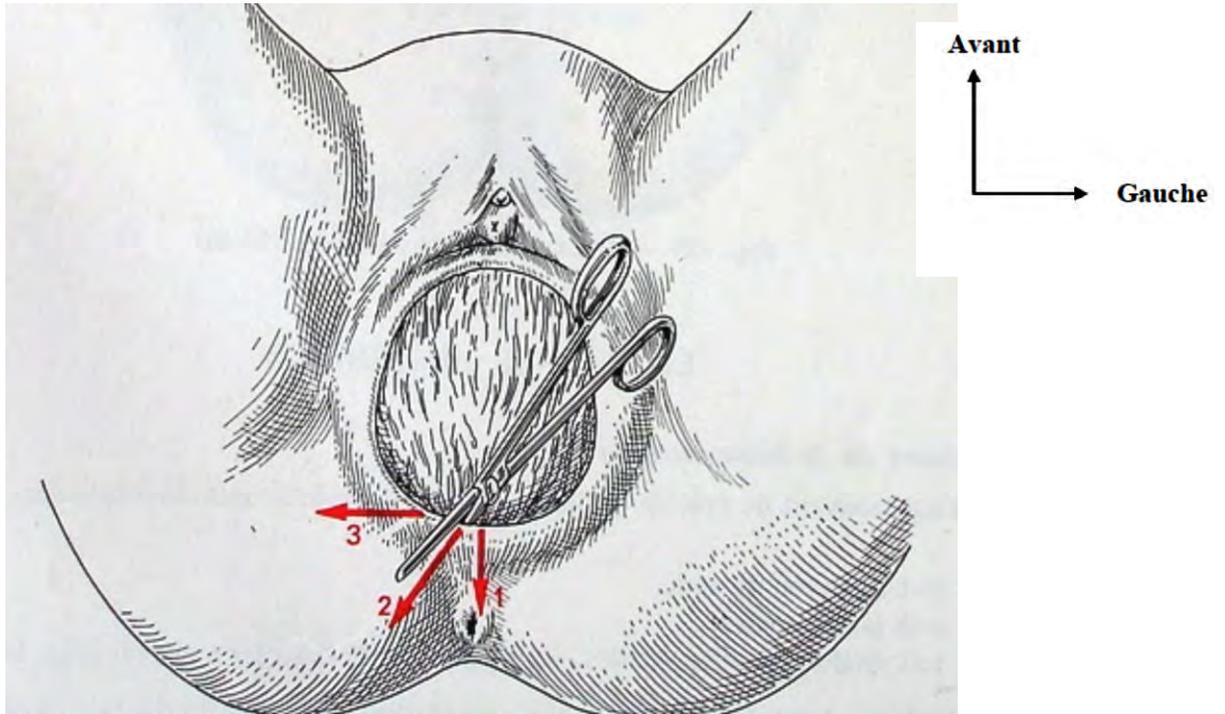


**Figure 8: Déchirures périnéales complètes compliquées ou du troisième degré [11].**

Cependant lors d'un accouchement menaçant l'intégrité du périnée, il est conseillé de réaliser une épisiotomie. On distingue trois (3) types d'épisiotomies (Figure 9):

- médiane de KREISS qui menace le rectum ;
- latérale de RIVIERE qui menace la glande de BARTHOLIN;
- médio-latérale de PIGEAUD, la moins dangereuse et la plus pratiquée, elle permet d'éviter une expulsion trop brutale et protège le sphincter anal. Elle fait un angle de 45° avec l'axe vulvo-vaginal.

Toutefois, l'épisiotomie n'a pas l'effet préventif escomptée sur les déchirures graves du périnée ni sur l'incontinence urinaire ou anale du post-partum [12,13].



**Figure 9: Episiotomies [11].**

1-Médiane, 2- Médio-latérale, 3-Latérale.

#### **I.4.2.2. Complications à moyen et long terme**

A long terme, plusieurs conséquences menacent l'accouchée dont les plus invalidantes sont : l'incontinence urinaire, l'incontinence anale et le prolapsus génital.

##### ❖ Troubles périnéo-sphinctériens

##### ✓ Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire se définit comme la survenue de fuites involontaires d'urine à l'effort ou non. La fréquence exacte des fuites n'est pas prise en compte dans cette définition. La gravité des fuites est classée selon leurs conséquences (fuites négligeables, nécessitant le changement de sous-vêtements ou le port de garnitures) ou selon le nombre de fuites (incontinence modérée pour des fuites au moins une fois par semaine et incontinence sévère pour des fuites quotidiennes).

Il est classique de distinguer 3 types d'incontinence :

- Incontinence urinaire d'effort (IUE) : à la suite d'un effort ou d'un équivalent d'effort (toux, éternuement, rire) ;

- Incontinence par impériosité mictionnelle : fuites précédées d'un besoin urgent non maîtrisable dû à des contractions vésicales involontaires par instabilité ou éréthisme (excitabilité accrue) vésical ;

- Incontinence urinaire mixte : associe les deux mécanismes [12].

✓ Incontinence anale

L'incontinence anale (IA) aux gaz ou aux selles, dont la fréquence est probablement sous-estimée de par la nature même du symptôme et sa connotation sociale dévalorisante d'où la nécessité de son dépistage.

Les mécanismes de l'incontinence dans le cadre du post-partum sont soit liés à des lésions sphinctériennes évidentes et/ou liées à une lésion du nerf honteux interne. Le retentissement sur la continence anale peut être immédiat ou plus tardif parfois transitoire, mais les dégâts obstétricaux contribuent à de nombreux cas d'incontinence anale se révélant après la ménopause [13, 14].

Les facteurs de risques des troubles périnéo-sphinctériens sont :

- Des facteurs généraux : l'âge, les facteurs constitutionnels et génétiques (obésité et qualité des tissus de soutènement) et l'hygiène de vie (certains sports, la constipation chronique ou le port de charge avant la grossesse augmentent le risque d'IUE).

- Des facteurs obstétricaux : la primiparité, la macrosomie fœtale, une 2ème phase du travail prolongée, l'analgésie péridurale et l'hypocontractilité utérine augmente le risque de déchirure périnéale, l'expulsion prolongée, les extractions instrumentales (Forceps), les variétés postérieures avec dégagement en occipito-sacré et l'expression abdominale [13, 14].

Les moyens de prévention comprennent une éducation périnéale et un diagnostic précoce des troubles dès la période prénatale. La prévention peut se faire à plusieurs niveaux :

✓ En prénatal

La préparation à la naissance et à la parentalité est un espace-temps privilégié pour assurer l'éducation périnéale des patientes.

Elle consiste d'abord à une information sur l'anatomie et la physiologie périnéale réalisée à partir de schémas et planches anatomiques puis à des exercices pratiques permettant une prise de conscience et une maîtrise de la musculature périnéale ainsi que la prévention des troubles de la statique pelvienne.

La consultation prénatale joue un rôle clé dans le dépistage des facteurs de risques, de troubles génito-urinaires et le contrôle lors du toucher vaginal de la fonction périnéale [10,12].

✓ En per-partum

La prévention est également possible en salle de naissance par :

- le dépistage des macrosomies fœtales et des variétés postérieures ;
- la limitation des efforts expulsifs qui doivent débutés à vessie vide;
- le contrôle visuel et manuel attentif du périnée ;
- une technique de dégagement convenable ;
- la contre-indication des épisiotomies médianes ;
- la limitation des extractions par forceps (privilégier la ventouse) ;
- l'absence de recours à l'expression abdominale ;
- la réparation rigoureuse des déchirures périnéo-sphinctériennes.

En l'état actuel des connaissances, ni l'épisiotomie, ni la césarienne ne permettent de prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort dans le postpartum.

Toutefois, une césarienne programmée doit être proposée en cas d'antécédent de déchirure périnéale du 3e degré ou en cas de lésions sphinctériennes symptomatiques avec incontinence anale avant l'accouchement.

Il est important de respecter le principe qui consiste à trouver une position « passive » pour le périnée par exemple la position gynécologique aménagée avec bascule du bassin et cuisses remontées sur la poitrine (angle inférieur à 90°) ou une position décubitus latérale gauche avec le membre inférieur droit sur un étrier formant un angle de 90° entre le bassin et la cuisse améliorant l'axe de descente de la tête fœtale.

Il faut privilégier la poussée sur expiration ou poussée réflexe qui est physiologique et s'oppose à la poussée bloquée, dite volontaire. Mais celle-ci nécessite de ressentir l'envie de pousser non compatible avec la présence d'une analgésie péridurale [10,12].

✓ En post-partum

Il est recommandé de donner aux parturientes une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales après le retour de couches. Il faut leur apprendre à se protéger des pressions vers le bas dans tous les gestes quotidiens en limitant les poussées lors du portage du nouveau-né, en station debout (ni cambrer, ni pousser le ventre en avant) et lors des éternuements. Il faut aussi leur apprendre à lutter contre la constipation et ne pas pousser lors des défécations.

Il peut être également important dans cette période d'aider les muscles abdominaux étirés et écartés en utilisant une ceinture de soutien du bassin qui aide à la rétroversion du bassin et à la contre nutation [10,12].

✓ Les troubles de la statique pelvienne

Le prolapsus génital est la ptose d'un ou plusieurs organes pelviens suite à la détérioration des structures musculaires et ligamentaires qui permettent le soutien et la suspension des viscères pelviens.

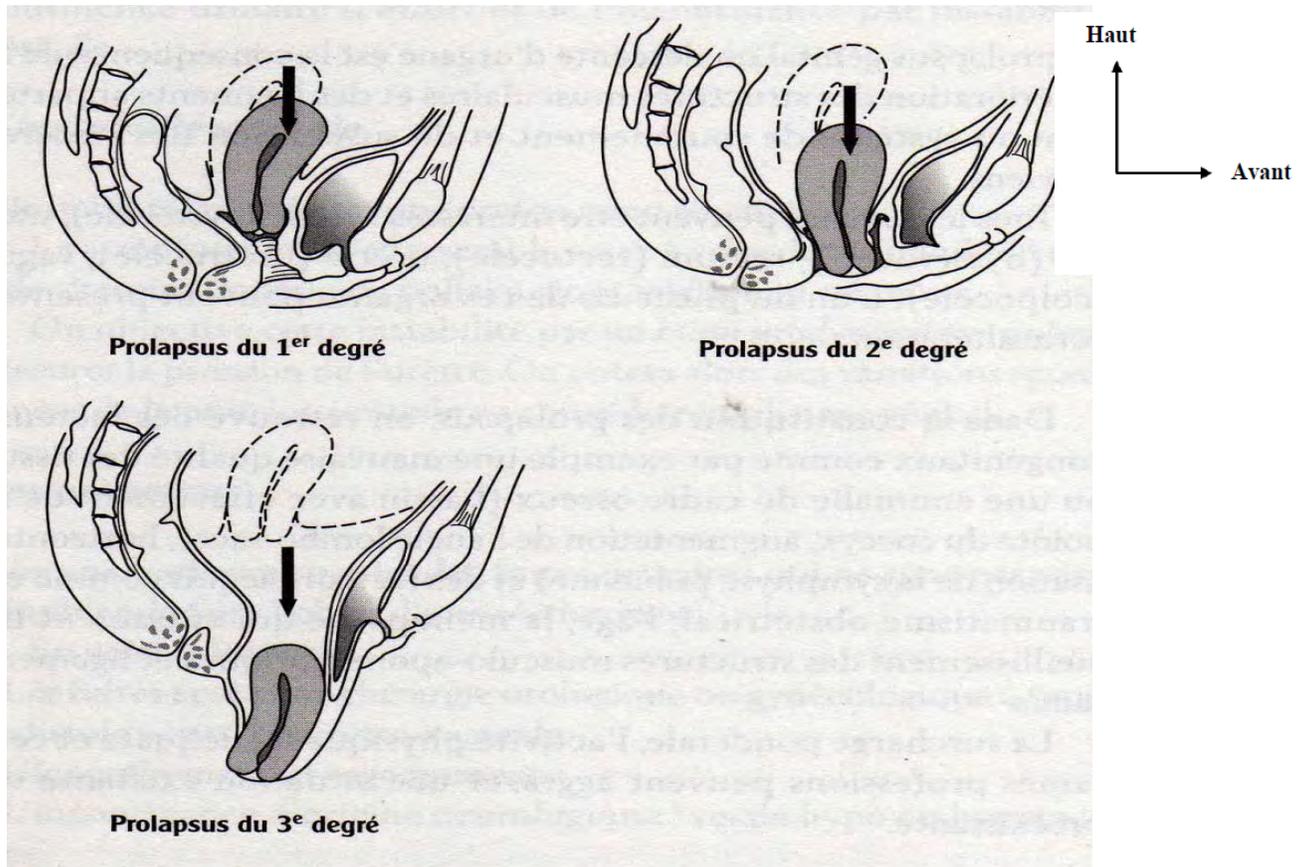
Le principal symptôme est la pesanteur pelvienne. On décrit trois degrés de prolapsus selon la classification française (Figure 10) :

- 1er degré : prolapsus intra-vaginal ;
- 2ème degré : prolapsus qui effleure la vulve ;
- 3ème degré : prolapsus extra-vulvaire.

Selon l'organe concerné par le prolapsus, on parle de :

- Cystocèle (prolapsus de l'urètre ou de la vessie) ;
- Hystérocèle (prolapsus du l'utérus) ;
- Rectocèle (prolapsus du rectum) ;
- Elytrocèle (prolapsus du cul-de-sac de Douglas) ;
- Colpocèle (prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie).

Dans le post-partum, l'atteinte neurologique périnéale est directement en cause dans le développement d'un prolapsus [5, 15, 17].



**Figure 10: Les différents degrés de prolapsus selon la classification française [15].**

❖ Les dyspareunies et douleurs périnéales

Les douleurs périnéales sont fréquentes dans le post-partum, les dyspareunies peuvent être superficielles (dyspareunie d'intromission) ou profondes. D'étiologies multiples, ces symptômes sont souvent dus aux lésions vulvo- vaginales (épisiotomie ou déchirure périnéale) avec une mauvaise cicatrisation cutanée, des sutures trop serrées à la commissure postérieure de la vulve, une cicatrisation scléreuse, une infection ou plus rarement une fistule recto-vaginale. Les dyspareunies peuvent également être d'origine psychogène par contraction involontaire du périnée pendant les rapports sexuels responsable d'une douleur.

De plus, le contexte hormonal du post-partum avec une baisse de la libido et une sécheresse vaginale peuvent contribuer à l'apparition de ces troubles [8, 15, 17].

#### ❖ Les béances vulvaires

L'involution post-natale de la vulve n'est totale qu'au bout de deux mois. La béance provoquée par l'étirement des muscles superficiels du périnée peut entraîner une gêne essentiellement à la marche avec parfois un petit bruit à type de clapotis, une sensation de circulation d'air ou encore une sensation de frottement.

Il est également possible d'observer une béance du méat urétral responsable d'un jet d'urines dévié qui peut mouiller les cuisses lors de la miction [12, 15, 17].

#### ❖ Les pathologies du rachis, de la ceinture pelvienne et de la sangle abdominale

Il est important de les évoquer et de les rechercher car ils s'inscrivent dans un équilibre global important à considérer pour déterminer une prise en charge des lésions. Il s'agit de:

- l'évolution significative de la lordose lombaire tout au long de la grossesse jusque dans les premiers mois du post-partum ;
- les douleurs lombaires et/ou de la ceinture pelvienne (il faudra être attentif aux postures lors de l'allaitement et le portage de l'enfant) ;
- l'allongement des muscles grands droits pendant la grossesse qui peut avoisiner 15 cm [15].

## **II. LA REEDUCATION PERINEALE DU POST-PARTUM**

### **II.1. Définition**

La rééducation pelvi-périnéale se définit comme un ensemble de techniques spécifiques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnements des organes pelviens urinaires, digestifs ou génitaux [4].

### **II.2. Historique**

La rééducation périnéale a été introduite en 1948 par Arnold KEGEL, gynécologue américain, dans le but de restaurer le tonus et la force des muscles périnéaux endommagés par la grossesse. Les exercices de KEGEL demeurent la base historique de la rééducation périnéale. Ils consistaient à un auto-entraînement de la musculature périnéale proposé pour traiter l'hypotonie du plancher pelvien constaté après un accouchement.

En France, la rééducation périnéale a été introduite en 1980 par Alain Bourcier, physiothérapeute et spécialiste en rééducation pelvi-périnéale.

Durant cette même période, de nouvelles procédures thérapeutiques sont apparues, complétant les exercices musculaires de KEGEL (biofeedback, électrostimulation, techniques comportementales, techniques complémentaires de vidange vésicale). Plus récemment, le champ des indications de ces techniques rééducatives s'est étendu à l'incontinence urinaire, à la sphère recto-anale ; puis à partir de 1990, au domaine de la sexologie [4,15].

### **II.3. Indications**

La pratique de la rééducation périnéale s'adresse en majorité à des femmes présentant une incontinence urinaire d'effort (IUE), une impériosité mictionnelle, une incontinence anale (IA) ou un prolapsus.

Le traitement se conçoit aussi bien à titre préventif que curatif.

On la propose à titre préventif en période de post-partum pour les femmes dites à risque:

- surmenage périnéal prévisible (métier, sport, pathologie associée) ;
- trophicité altérée (béance, cicatrice) ;
- cotation des releveurs inférieure à 3, sans trouble urinaire ;
- pesanteur pelvienne sans symptôme urinaire.

Le traitement curatif, quant à lui, est entrepris lorsque des déficiences ou incapacités résiduelles sont retrouvées au niveau périnéal au cours de la visite post-natale, à savoir:

- persistance de douleurs périnéales, avec indication spécifique si une dyspareunie est associée ;
- persistance de faiblesse des muscles du périnée ;
- persistance d'incontinence [15-22].

### **II.4. Evaluation initiale**

Dans le post-partum, la RPP n'est pas systématique. La prescription dépend des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de la consultation post-natale.

Il est conseillé d'attendre le retour de couches et donc la récupération spontanée du tonus musculaire pour commencer la rééducation périnéale.

Toutefois, pour les femmes qui allaitent et dont la récupération spontanée est souvent plus tardive (imprégnation hormonale), quelques séances avant le sevrage peuvent permettre d'apprendre aux patientes à protéger leur périnée lors des efforts. Si le praticien estime qu'il n'est pas possible de gagner en force musculaire à ce stade, les séances restantes pourront être reportées après le sevrage [1, 15-22].

#### **II.4.1. 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 la patiente et d'identifier les besoins, grâce notamment à l'écoute des plaintes. Il doit être méthodique et ciblé et il est nécessaire d'y aborder:

- la fonction mictionnelle ;
- la douleur ;
- la statique du rachis et du pelvis ;
- la défécation ;
- la sexualité ;
- le retentissement psychique [1, 15-22].

#### **❖ Les signes fonctionnels**

Il faut rechercher :

- au niveau de la fonction génito-urinaire: des pertes d'urine spontanées, des pertes d'urine à l'effort, une instabilité vésicale avec des besoins impérieux, une énurésie, des troubles mictionnels, une béance vulvaire, une dyspareunie superficielle ou profonde.
- au niveau de la fonction ano-digestive : la fréquence des selles, une constipation, des troubles de l'exonération (poussée, manœuvres), des fuites

de gaz ou de selles, une incontinence anale en post-partum immédiat, même minime et temporaire et questionner sur les habitudes de vie (durée de passage aux toilettes, installation, notion d'envie respectée...) [1, 15-22].

#### ❖ **Les antécédents**

- ✓ Antécédents familiaux d'incontinence (urinaire, anale) et de prolapsus ;
- ✓ Antécédents médicaux habituels avec questions ciblées concernant l'acquisition de la continence, d'éventuels problèmes de toux chronique (bronchites, allergies, tabagisme...) ou de maladies chroniques avec prise habituelle de médicaments (diabète), déficit neurologique ;
- ✓ Antécédents chirurgicaux (bassin et périnée) ;
- ✓ Antécédents urologiques : infections urinaires à répétition, sondages vésicaux, préexistence d'une incontinence ou d'une impériosité ;
- ✓ Antécédents digestifs: constipation chronique, fécalome ;
- ✓ Antécédents obstétricaux : prise de poids pendant la grossesse, si possible durée des efforts expulsifs, la position et le mode d'expulsion, l'existence d'une atteinte périnéo- sphinctérienne (déchirure, épisiotomie), poids et présentation du nouveau-né. Pour la dernière naissance, relever la notion d'incontinence et / ou de troubles mictionnels pendant la grossesse et préciser le mode d'allaitement en cours ;
- ✓ Habitudes de vie (sportive ou sédentaire, activités sociales) [1, 15-22].

#### **II.4.2. Examen clinique**

Après l'examen général bien mené et la prise des constantes, notamment la taille et le poids comparés à ceux d'avant la grossesse et la fin celle-ci. Il faut ensuite faire un examen vulvo-périnéal minutieux.

Chez une patiente en position debout, il faudra apprécier :

- la couleur générale des phanères et de la peau ;
- l'existence de courbures vertébrales ;
- la position du bassin (hyperlordose?) ;
- l'éventuelle existence d'une ptose abdominale.

En position gynécologique, il faudra d'abord procéder à l'inspection simple de la vulve au repos:

✓ Observer la vulve et préciser l'importance d'une éventuelle béance :

- pas de béance,
- béance faible (vulve entrouverte, à peine),
- béance modérée (vulve entrouverte 1/2 doigt),
- béance 1 doigt (vulve) ou importante avec béance du méat urinaire,
- béance 2 doigts,
- béance au-delà de 2 doigts.

✓ Examiner ensuite le périnée : distance ano-vulvaire (normale de 25 à 30 mm), aspect du noyau fibreux central, rechercher une cicatrice périnéale et apprécier son extension vers l'anus (qui ne permet pas de dépister une rupture sphinctérienne occulte) et la disparition des plis radiés.

✓ Terminer par l'anus afin de repérer une béance ou la présence d'hémorroïdes.

À l'effort, on demande à la patiente de tousser franchement. Ceci permet d'observer les pressions transmises et leur incidence (par exemple aggravation de la béance vulvaire, fuite d'urines, prolapsus) [1, 5, 15].

### ❖ Inspection vulve écartée

Au repos, rechercher la présence de colpocèles antérieures et postérieures ou de prolapsus (cystocèle ou rectocèle, très rarement hystéroçèle extériorisée).

À l'effort, rechercher l'apparition ou la majoration des signes.

### ❖ **Examen au spéculum de Collin**

Il se fera au repos puis à l'effort pour diagnostiquer et évaluer :

- les colpocèles : antérieures souvent isolées ou postérieures souvent associés à un rectocèle ;
- les prolapsus génitaux : urétrocèle, cystocèle, hystérocèle, élytrocèle et rectocèle.
- les effractions musculaires, élongations, déchirures, désinsertions ;
- la sensibilité et la latéralisation ; cet examen a pour objectif d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale (hypoesthésie périnéale).

### ❖ **Le testing des releveurs**

Il s'agit d'une évaluation manuelle de la force musculaire périnéale.

Le testing permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, et de détecter une éventuelle inversion de commande. Il aide au choix des techniques de rééducation et sert d'indicateur de surveillance des qualités contractiles des muscles (force, endurance.)

Dans le cadre du post-partum, cette évaluation manuelle permet également de s'assurer du verrouillage périnéal au cours des efforts volontaires abdominaux.

Lors du toucher vaginal, les deux doigts vont crocheter les faisceaux pubo-rectaux des releveurs en position médiale et latérale droite et gauche.

La difficulté de cet examen réside dans le fait qu'il soit partiellement subjectif car il dépend du ressenti du thérapeute. Cependant des cotations relativement précises peuvent être utilisées comme dans le tableau suivant [5].

**Tableau I: Cotation de la force des muscles du plancher pelvien (Testing) [1].**

<b>Cotation</b>	<b>Réaction</b>
0	Pas de contractions
1	Contractions faibles
2	Contractions faibles + retenue
3	Contractions faibles maintenues 5 secondes sans résistance
4	Contractions faibles maintenues 5 secondes avec résistance
5	Contractions puissantes maintenues, contre résistance

❖ **Le Stretch Réflexe** : ici les muscles élévateurs de l’anus sont placés en position d’étirement : l’examineur pose ses doigts à plat et réalise un étirement supplémentaire sec, tonique vers le bas. La réponse obtenue est une contraction musculaire que l’on peut demander ensuite à la patiente de reproduire [1, 5, 15].

### **II.4.3. Examens paracliniques**

La prescription d’un bilan urodynamique est rare dans le post-partum. L’examen cytbactériologique des urines est parfois indiqué pour porter un diagnostic différentiel.

Ils relèvent plus d’un avis médical spécialisé de 2ème intention. A cet effet le thérapeute devra apprécier la nécessité d’une orientation précoce, avant rééducation, ou secondaire en l’absence de résultats satisfaisants consécutifs à la rééducation [8,20].

## **II.5. Méthodes de rééducation périnéale**

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (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 » [12].

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. 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 dans le but d'obtenir son consentement éclairé [12,22].

Il est conseillé de commencer cette rééducation six à huit semaines après l'accouchement. La prescription est de dix séances mais certaines patientes peuvent nécessiter plus ou moins de séances. Au maximum trois séances par semaine pour que la patiente puisse répéter les exercices à domicile. Une séance dure en moyenne 30 à 40 minutes, au-delà, les muscles du périnée se fatiguent et les exercices ne sont plus efficaces [15].

Des études ont montré que la rééducation périnéale limite le risque d'incontinence urinaire par la suite, mais leur niveau de preuve est relativement faible pour l'affirmer de manière formelle [5].

### **II.5.1. Connaissance et maîtrise du périnée (CMP)**

C'est une méthode « d'éducation périnéale » qui utilise la visualisation comme outils. On commence par un bilan anatomique et fonctionnel détaillé des parties molles du petit bassin et des viscères sus-jacents à l'aide du toucher vaginal. Cette technique, grâce à des images « parlantes » (pont levis, vague, fleur...), permet de faire travailler par des contractions volontaires, les différentes parties du périnée après avoir éliminé les contractures et les phénomènes douloureux, de stabiliser le bassin et de permettre une respiration libre.

La position, le langage utilisé et le toucher manuel facilitent la proprioception. La position de base est la position gynécologique qui permet un positionnement correct du bassin et des pelvi-trochantériens, une diminution de la lordose lombaire et un étirement des structures aponévrotiques (effet de préhension du plancher) comme le montre la figure 11. Le tronc est incliné à 45° et la tête soutenue par un coussin, ce qui inhibe la contraction des abdominaux et permet aux patientes et aux thérapeutes de se voir et de se parler. Le langage utilisé est simple. Le thérapeute demande de faire comme si : “ on retient un gaz, on interrompt le jet d'urine ”. Le toucher vaginal et l'autopalpation permettent un contrôle et une localisation de la musculature. Cette méthode induit une implication importante de la part de la patiente avec des exercices réguliers à domicile [1,15, 21-23].



**Figure 11 : Visualisation du périnée [1].**

### **II.5.2. Rééducation manuelle**

Elle s'appuie sur une prise de conscience de la contraction périnéale grâce à un toucher vaginal. La contraction devra être lente avec des temps de réponse double. On obtient une contraction musculaire quand on place les muscles releveurs en position d'étirement et on réalise un étirement supplémentaire assez bref et intense. Après cette prise de conscience, le seul moyen de développer et d'augmenter la force musculaire est de réaliser un travail avec des résistances. Il faut tenir compte de la fatigue musculaire au cours des différents exercices : le temps de repos doit souvent être le double du temps de contraction.

Il faut faire attention que le travail ne soit pas réalisé en apnée, il est alors demandé à la patiente une expiration. En cas de difficulté, l'inspiration est acceptée. Il ne faut pas qu'il y ait d'inversion de commande : la patiente doit resserrer son ventre en profondeur et non le pousser vers l'avant.

Le renforcement des muscles du périnée avec le ballon de Klein (figure 12) est un exercice pratiqué lorsqu'on constate une réelle prise de conscience de la contraction du périnée par la patiente au fil des séances. Dans cet exercice, la patiente en position gynécologique, un ballon est placé entre les jambes écartées, on lui demande d'effectuer des séries de contractions des muscles périnéaux sous l'induction verbale du thérapeute. Puis, on tente de la déséquilibrer durant les efforts de contraction en poussant sur le ballon [1, 15, 21-26].



**Figure 12 : Renforcement des muscles du périnée avec le ballon de Klein [1].**

### **II.5.3. Electrostimulation**

L'électrostimulation fonctionnelle induit une réponse musculaire directe et réflexe par l'intermédiaire du nerf pudendal (honteux interne). Plevnik [23] a démontré que lorsque la stimulation est supra-maximale dans les deux nerfs pudendaux, la réponse musculaire périnéale est directe à 100 %. Certains auteurs

insistent à juste titre sur la nécessité d'une intégrité de la sensibilité de la muqueuse vaginale pour obtenir une réponse électrique optimale [2, 15, 22].

Cette méthode utilise des sondes à courant biphasique (figure 13) et les différents effets sont fonction des paramètres d'utilisation. Il est nécessaire de faire varier les caractéristiques du courant, l'alternance des phases de travail et de repos et l'intensité. Les effets recherchés sont les suivants :

- rôle excitomoteur proprioceptif ;
- renforcement direct des muscles périnéaux ;
- augmentation de la résistance à la fatigue ;
- inhibition de la contraction du détroiteur ;
- effet antalgique ;
- effet relaxant ;
- augmentation de la pression de clôture maximum.

L'électrostimulation est contre-indiquée en cas de pacemaker, de grossesse, de menstrues et de paralysie périphérique lésionnelle [5, 15, 20, 22].



**Figure 13: Les différentes sondes utilisées lors de l'électrostimulation et le biofeedback [15].**

#### **II.5.4. Biofeedback (BFB)**

C'est une méthode qui utilise une rétro-information externe avec comme but principal : la prise de conscience, la stimulation de la participation de la patiente et l'apprentissage. La méthode s'applique en trois étapes :

- la visualisation de l'état de contraction actif aux réflexes et des contractions parasites ;
- la capacité de modification en intensité et en durée de la contraction ;
- l'automatisation de la contraction dans une situation donnée.

Le BFB peut être vésical, musculaire ou vésico- sphinctérien. Les moniteurs de contrôle sont auditifs ou visuels. Les sondes sont manométriques ou électromyographiques (Figure 12). Elles sont le plus souvent intracavitaires ou de contact.

Dans l'incontinence avec impériosité mictionnelle, son objectif est l'inhibition de la contraction vésicale intempestive et la prévention de la fuite urinaire en conditionnant le contrôle mental de la sensation de réplétion vésicale, et en utilisant le réflexe périnéo-détrusorien à partir de la contraction sphinctérienne. Dans l'incontinence urinaire d'effort, son objectif est d'obtenir la contraction sélective des muscles péri-urétraux tout en inhibant la contraction des muscles dont la sollicitation est nuisible ou inutile [1, 15, 21, 22].

#### **II.5.5. Traitement comportemental**

Ces thérapeutiques se focalisent sur les changements de comportement de la part de la patiente et, si nécessaire, de son entourage et de son environnement [12, 15].

Avant toute utilisation des techniques comportementales, une analyse complète des interactions entre les symptômes, l'état général de la patiente et son environnement doit être effectuée :

- quantification des symptômes, par exemple par échelle analogique visuelle;

- calendrier mictionnel et/ou défécatoire ;
- bilan des ingestions de liquides ;
- état mental ;
- conditions de vie.

La technique la plus simple est l'utilisation des toilettes à heure fixe, comme cela est fait parfois chez les enfants pour éviter un incident. Celle-ci, pour être efficace, doit être couplée à un contrôle implicite ou explicite de l'ingestion de liquides (quantités et horaires). Le but étant de faire percevoir à nouveau à la patiente le stimulus que constitue la vessie pleine et d'obtenir en réponse une utilisation des toilettes au bon moment. On peut s'aider de capteurs signalant l'apparition de la première goutte d'urine (pipi-stop) [15].

Cette technique est surtout utilisée chez les patientes qui présentent des urgences mictionnelles et/ou défécatoires avec fréquences élevées. Il est souvent noté un comportement mictionnel et défécatoire non physiologique qui s'est installé par anxiété ou difficultés émotionnelles par exemple [22,23].

#### **II.5.6. Autres méthodes**

##### **- Les cônes**

C'est une méthode ancienne, qui consiste à introduire dans le vagin des cônes de même forme mais de poids différents (figure 14).

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. Seule la contraction généralisée est travaillée. La possibilité d'un travail à domicile et l'augmentation du poids des cônes (motivation) constituent les avantages de cette technique [13, 16, 23, 24, 25].



**Figure 14: Cône vaginal (Aqua Flex vaginal) [24].**

- **L'eutonie**

Par différentes postures (debout en équilibre sur un rondin...) et par 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 [16].

- **Le périnéomax**

C'est un kit qui se compose d'une sonde ballon en latex, d'un ensemble de gonflage et d'un lot de trois masses (figure 15). La sonde ballon se place dans le vagin puis se gonfle, les masses sont accrochées à la sonde.

Ensuite l'exercice se fait debout devant un miroir, la patiente doit réaliser des séries de contractions qu'elle pourra visualiser par l'ascension des masses. Au fur et

à mesure des séances d'exercices et de ses progrès, la patiente pourra mettre la masse supérieure [15, 25].



**Figure 15: Kit périnéomax [25].**

**- La méthode Abdo-MG® et Uro-MG®**

C'est une méthode de rééducation thoraco-abdomino-expiratoire qui s'intéresse à la récupération d'une sangle abdominale compétente qui peut alors transmettre correctement les pressions dans l'enceinte abdomino-pelvienne et préserver le système périnéo-sphinctérien. C'est une technique spécifiquement abdominale fondée sur le souffle qui permet de récupérer une bonne sangle abdominale protectrice du périnée. La patiente souffle dans un embout devant lequel est placé un appareil qui capte le souffle et provoque une électrostimulation abdominale à l'aide d'électrodes le temps du souffle. Il ne doit pas y avoir de prise d'air avant le souffle, et le souffle doit être régulier pour permettre un bon travail des abdominaux [15].

L'électrostimulation constitue une aide à la prise de conscience de l'exercice, elle peut être abandonnée quand la patiente peut faire l'exercice correctement avec l'embout seulement. Après un mois de pratique de la méthode abdominale, il est possible d'utiliser l'électrode périnéale pour une prise de conscience de la contraction périnéale lors des exercices [15].

Toute rééducation doit s'accompagner d'un travail régulier à domicile. Ces exercices personnels effectués quotidiennement dans les premiers temps, permettent de renforcer la tonicité musculaire initiée lors des séances. A long terme, leur pratique régulière assure à la patiente un bénéfice prolongé. En somme nous retiendrons que, 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. Cependant, de nombreuses études ont permis de mettre en évidence une efficacité supérieure lorsque plusieurs techniques sont associées [1, 6, 15, 21, 22, 23, 24, 25].

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**

## **I. OBJECTIFS**

### **I.1. Objectif général**

L'objectif général était de faire un état des lieux sur les connaissances et la pratique de la rééducation du périnée dans le post-partum (RPP) à Dakar.

### **I.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient :

- Déterminer le niveau de connaissance des prestataires de maternités de Dakar sur la RPP ;
- Evaluer les pratiques de prescription de RPP à Dakar;
- Evaluer les résultats de la RPP ;
- Mesurer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une RPP à Dakar.

## **II. METHODOLOGIE**

### **II.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans neuf (09) maternités de référence, deux (2) cliniques privées et trois (3) centres de rééducation fonctionnelle de la région de Dakar à savoir :

- Clinique Gynécologique Obstétricale de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD);
- Maternité de L'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) ;
- Maternité de l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO) ;
- Maternité de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY) ;
- Maternité du Centre Hospitalier Abass Ndao (CHAN) ;
- Maternité du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP);
- Maternité du Centre Hospitalier Roi Baudouin (CHRB) ;
- Maternité du Centre de Santé Nabil Choucair (CSNC);
- Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS).

- Clinique NEST ;
- Clinique de la Madeleine.
- Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ;
- Service de Rééducation Fonctionnelle de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY) ;
- Service de Rééducation Fonctionnelle de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD).

## **II.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et qualitative. Elle a été menée par le biais d'une enquête à l'aide d'un double questionnaire semi-structuré à questions ouvertes ou fermées, à choix unique ou multiples adressés aux prestataires d'une part et aux patientes d'autre part.

## **II.3. Période d'étude**

L'enquête a été menée sur une période de cinq (5) mois, allant du 1er décembre 2017 au 30 avril 2018.

## **II.4. Population d'étude**

### **II.4.1. Les prestataires**

Nous avons ciblé pour notre étude les prestataires intervenant dans le suivi de la grossesse, la prise en charge de l'accouchement et/ou la surveillance du post-partum et officiant dans les maternités et cliniques privées retenues. Les critères d'inclusion étaient :

- être à son poste de travail et disponible pour l'interview au moment de notre passage ;
- avoir donné son consentement à participer à l'étude.

Les prestataires qui avaient refusé d'être interviewés n'ont pas été inclus dans notre étude.

## **II.4.2. Les patientes**

Le choix des patientes à interviewer s'est fait de façon aléatoire parmi celles qui se sont présentées dans les quatre (4) centres de rééducation fonctionnelle avec une prescription de rééducation périnéale dans le post-partum durant notre période d'étude.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir donné son consentement à participer à l'étude ;
- être accessible par téléphone après la fin des séances de rééducation périnéale.

Les patientes ayant interrompu leurs séances de rééducation n'ont pas été incluses dans l'étude.

## **II.5. Collecte des données**

### **II.5.1. Les prestataires**

#### **II.5.1.1. Déroulement des interviews**

L'interview consistait à un entretien avec le prestataire suivi du remplissage du questionnaire. La durée moyenne de l'interview était de cinq (5) minutes par prestataire.

#### **II.5.1.2. Items**

Les items du questionnaire étaient les suivants :

- Catégorie socio-professionnelle :
  - Qualification ;
  - Expérience professionnelle ;
  - Type d'activités au quotidien.
- Connaissances et pratiques sur la RPP :
  - Connaissances sur la RPP;

- Habitudes de prescription.

## **II.5.2. Les patientes**

### **II.5.2.1. Déroulement des interviews**

Après avoir sélectionné les patientes à inclure dans notre étude, l'interview et l'examen clinique se sont fait lors d'une des séances de RPP avec un début de remplissage de la fiche de collecte des données qui a été complété un mois après la fin de la série de séances par appel téléphonique.

La durée moyenne de l'interview et l'examen clinique pour chaque patiente était de vingt (20) minutes lors de la séance de RPP puis deux (2) minutes par appel téléphonique un mois après la fin de la série des séances de RPP.

### **II.5.2.2. Items**

La fiche de collecte des données comportait les items suivants :

- Etat civil (Nom et Prénom, âge, statut matrimonial, adresse et numéro de téléphone).
- Antécédents et mode de vie :
  - Gynécologiques et obstétricaux (parité, voie d'accouchement et état du périnée pour les accouchements par voie basse et notion de RPP antérieure) ;
  - Médico-chirurgicaux ;
  - Pratique d'une activité sportive, profession et conditions socio-économiques ;
  - Déroulement de la dernière grossesse et de l'accouchement (prise pondérale, terme de l'accouchement, lieu de l'accouchement, voie d'accouchement et état du périnée après accouchement par voie basse, notion d'expressions abdominales et poids du nouveau-né).
  - Les déficiences périnéo-sphinctériennes retrouvées lors du bilan initial (douleurs périnéales, béance vulvaire, incontinence urinaire d'effort, hémorroïdes, incontinence anale, mauvaise contraction du périnée, prolapsus).

- Evaluation des connaissances et satisfaction des patientes (source d'information sur la RPP, déroulement des séances de rééducation périnéale, connaissances sur le périnée et sa fonction, méthode de RPP utilisée et satisfaction personnelle).
- Données de l'évaluation périnéo-sphinctérienne à la fin des séances par le prestataire ayant effectué la rééducation (douleurs périnéales, béance vulvaire, incontinence urinaire d'effort, hémorroïdes, incontinence anale, mauvaise contraction du périnée, prolapsus).

## **II.6. Saisie et analyse des données**

Les données étaient saisies et analysées avec les logiciels Sphinx V5, Excel 2010 et Epi info 7.

### III. RESULTATS

#### III.1. Données concernant les prestataires

##### III.1.1. Effectifs

Nous avons interviewé deux cent treize (213) prestataires officiant dans onze (11) structures sanitaires de Dakar (figure 16).

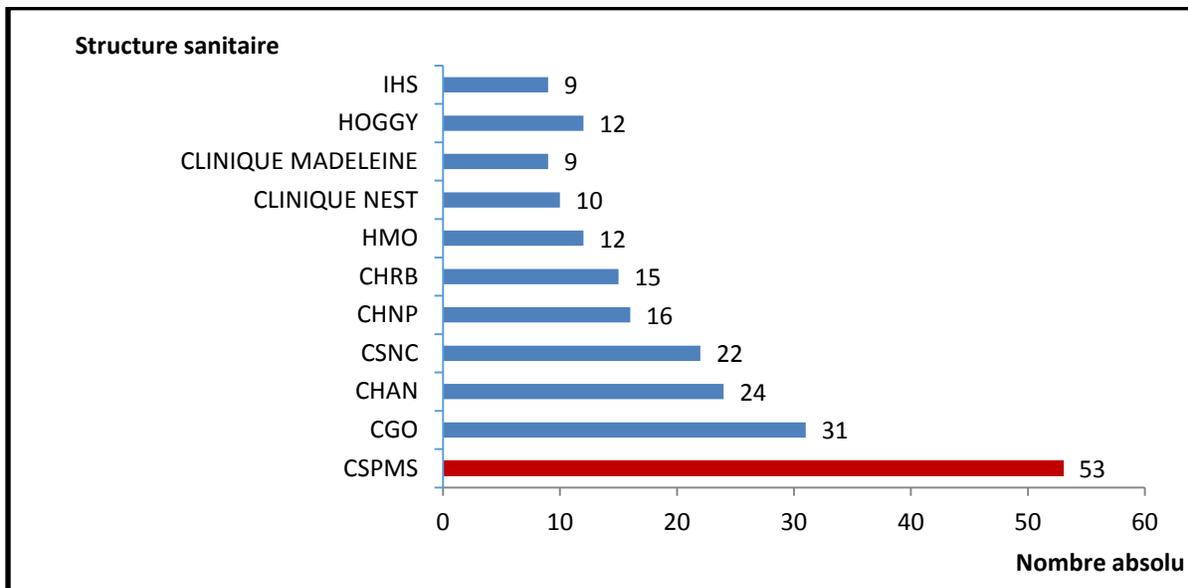
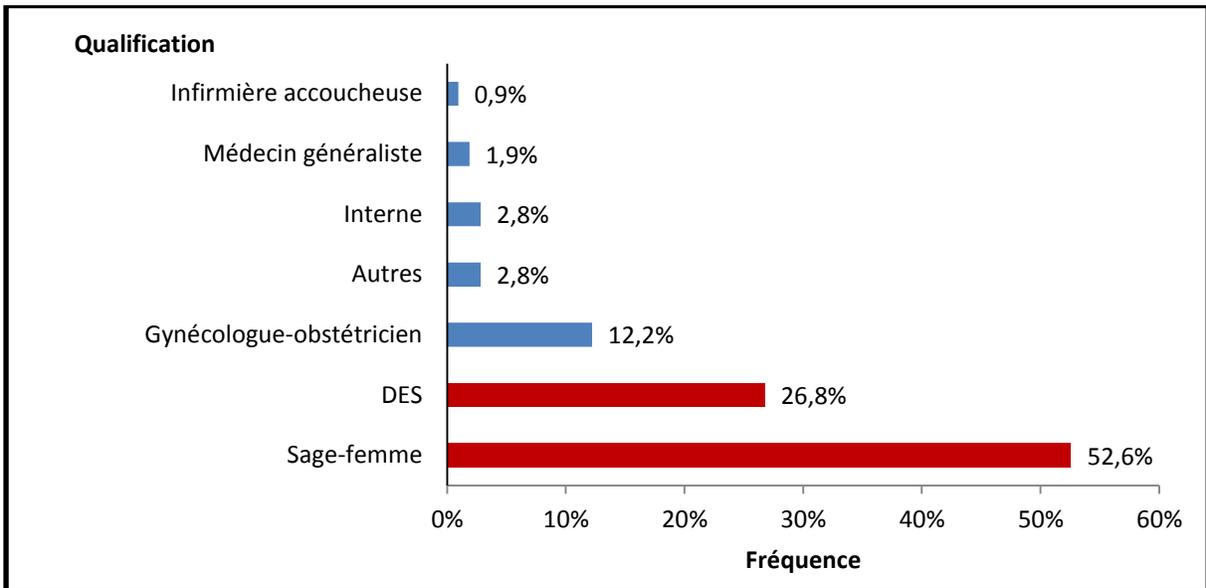


Figure 16 : Prestataires interviewés selon les structures sanitaires.

##### III.1.2 Caractéristiques générales

###### ➤ Catégorie socio-professionnelle

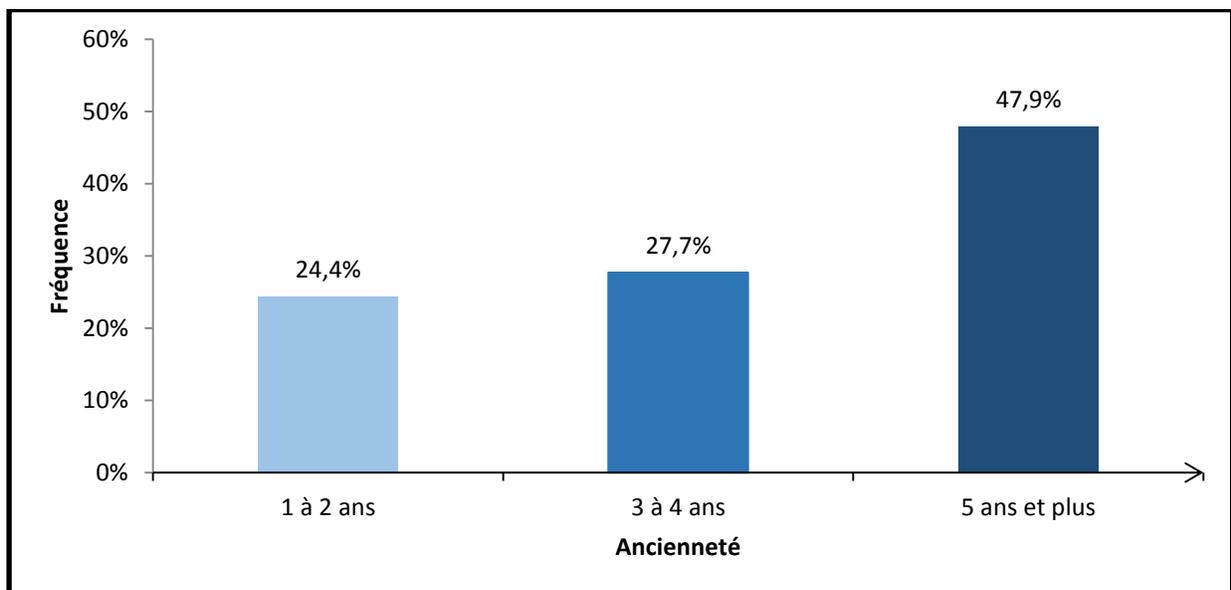
Les prestataires interviewés étaient essentiellement des sages-femmes (52,6%), des étudiants en cours de spécialisation en gynécologie-obstétrique (DES) (26,8%) et des gynécologues-obstétriciens (12,2%).



**Figure 17: Répartition des prestataires selon leur catégorie socio-professionnelle (n=213).**

➤ **Expérience professionnelle**

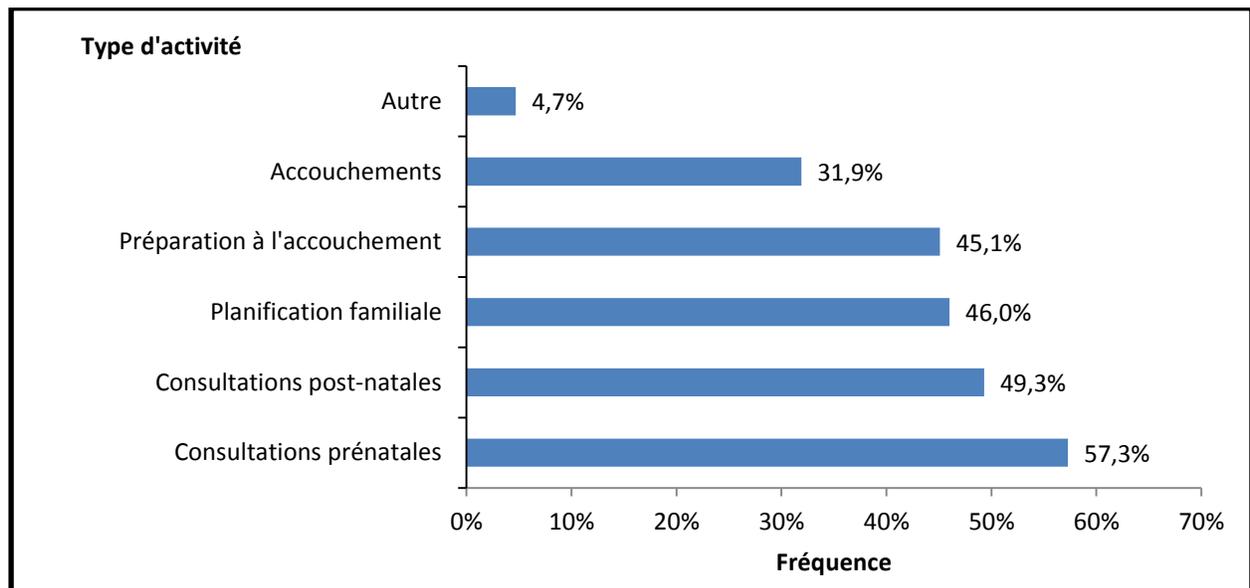
Sur les 213 prestataires, 47,9% avaient au minimum 5 ans d'ancienneté et 27,7% avaient 3 à 4 années d'ancienneté comme le montre la figure 18.



**Figure 18 : Répartition des prestataires selon leur ancienneté (n=213).**

### ➤ Type d'activités quotidiennes

Les consultations prénatales (CPN) constituaient la principale activité des prestataires (57,3%), suivies des consultations post-natales (CPON) (49,3%) et la planification familiale (46%).

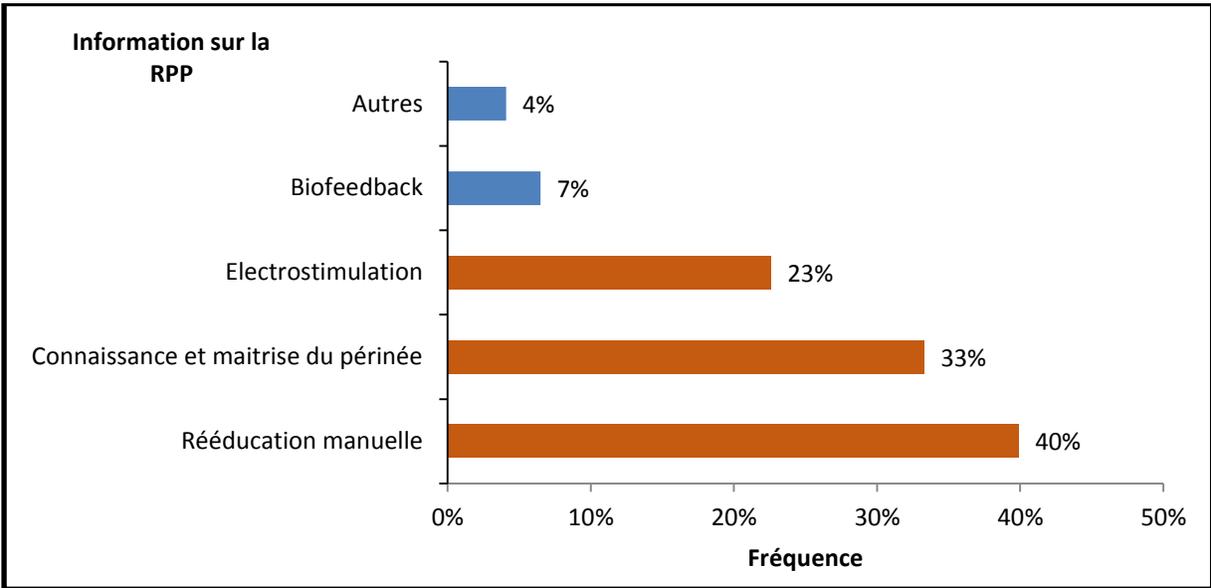


**Figure 19: Répartition des prestataires selon le type d'activité quotidienne.**

### III.1.3. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la RPP

#### ➤ Informations sur la RPP

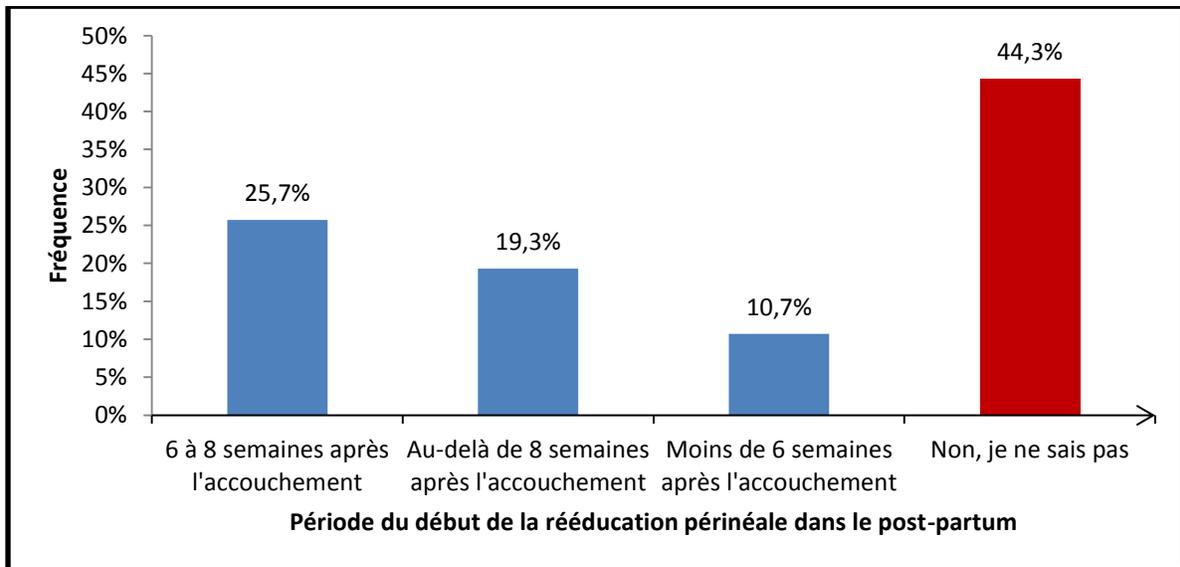
Sur un échantillon de 213 prestataires interviewés, 164 (77%) connaissaient l'existence de la RPP. Parmi eux, 140 (85,3%) avaient pu citer au moins une méthode. La figure 20 montre que la rééducation manuelle était la méthode de RPP la plus connue (40%) suivie de la CMP (33%) et de l'électrostimulation (23%).



**Figure 20: Répartition des prestataires selon les méthodes de RPP connues (n=164).**

➤ **Connaissance de la période recommandée pour débuter la RPP**

Seulement 36 prestataires (25,7%) avaient pu indiquer la période recommandée pour débuter la RPP. Dans près de la moitié des cas (44,3%), les prestataires n'avaient pas donné de réponse.

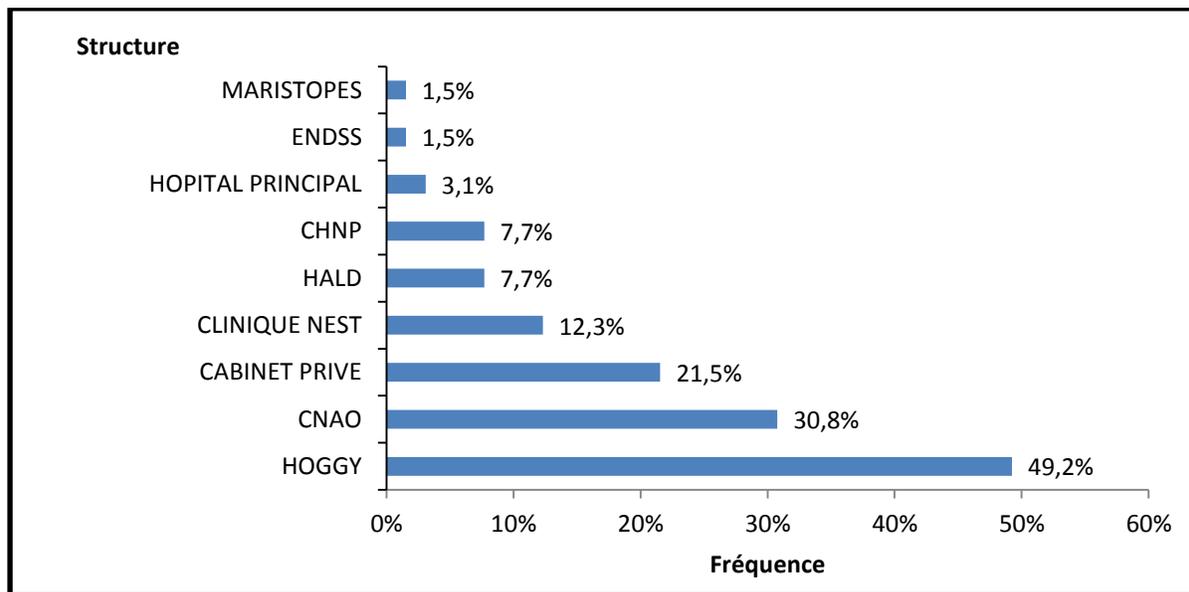


**Figure 21: Répartition des prestataires selon la connaissance de la période à laquelle devrait débuter la RPP (n=140).**

### ➤ **Connaissance des centres de prestation de RPP dans la ville de Dakar**

Soixante-cinq (65) prestataires (46,4% sur les 140 prestataires) avaient pu indiquer les centres dans lesquels la RPP était réalisée à Dakar.

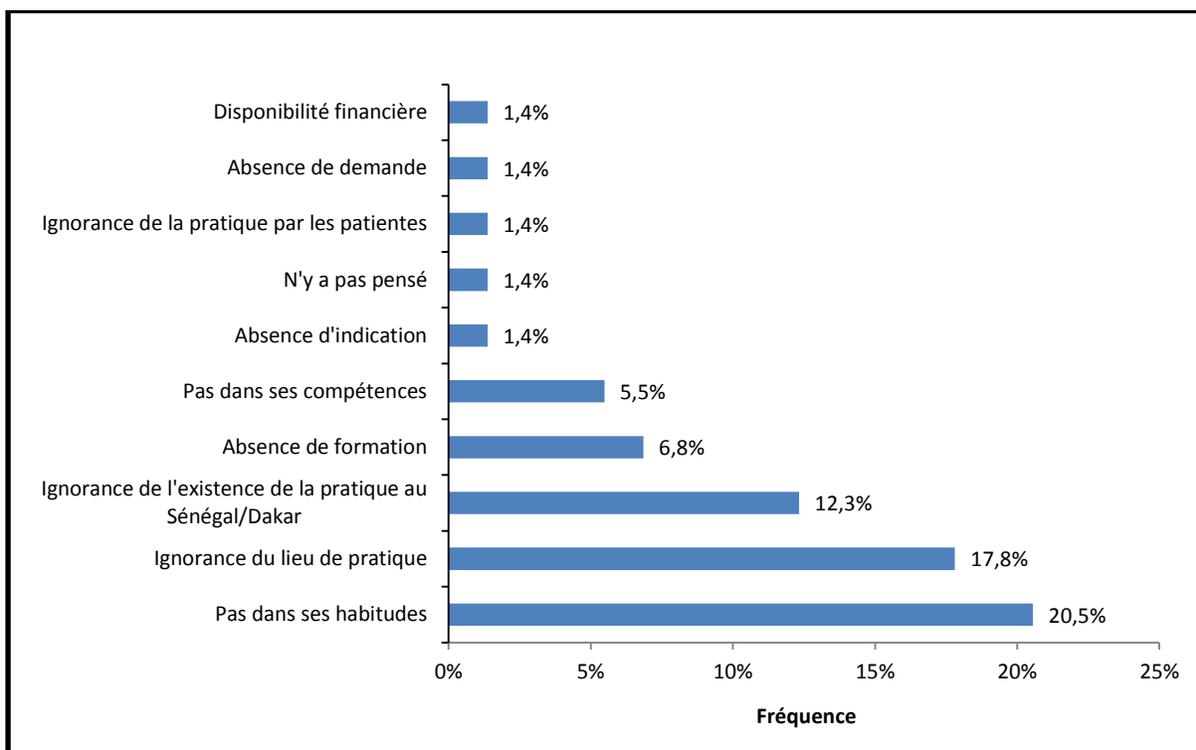
Le service de rééducation fonctionnelle de HOGGY était le plus connu (49,2%), suivi du CNAO (30,8%) et des cabinets privés (12,3%).



**Figure 22: Répartition des prestataires selon les centres de RPP indiqués (n=65).**

### ➤ **Habitudes de prescription de la RPP**

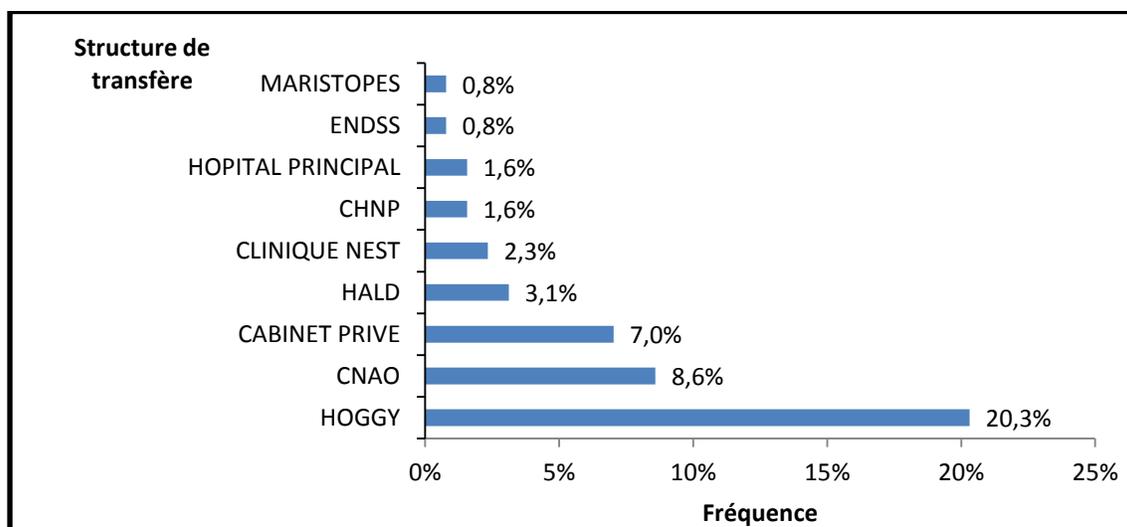
Seulement soixante-sept (67) prestataires interviewés (47,8%) conseillaient la RPP. Pour les autres prestataires au nombre de soixante-treize (73), ils ne prescrivait pas de RPP pour différentes raisons précisées dans la figure 23.



**Figure 23: Répartition des prestataires selon les motifs de non prescription de la RPP (n=73).**

➤ **Centres où étaient référées les patientes pour la RPP**

Les patientes étaient le plus souvent orientées vers le service de rééducation fonctionnel de l'HOGGY (20,3%) comme le montre la figure 24.



**Figure 24: Répartition des prestataires selon les structures d'orientation des patientes pour la RPP (n=128).**

## III.2. Données concernant les patientes

### III.2.1. Effectifs

Nous avons interviewé 31 patientes dont 14 (soit 45,1 %) à la clinique NEST, 13 (soit 41,9 %) au CNAO et 2 (soit 6,5%) dans chacun des services de rééducation fonctionnelle de HOGGY et HALD comme le montre la figure 25.

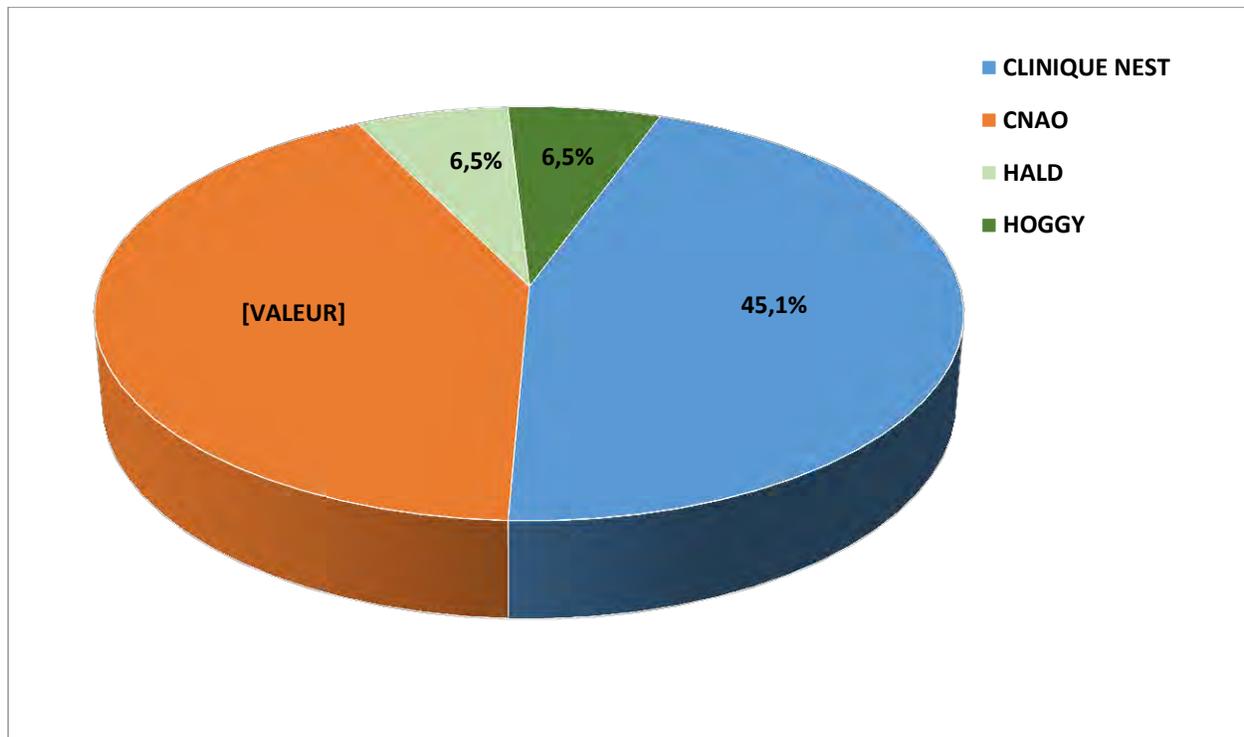
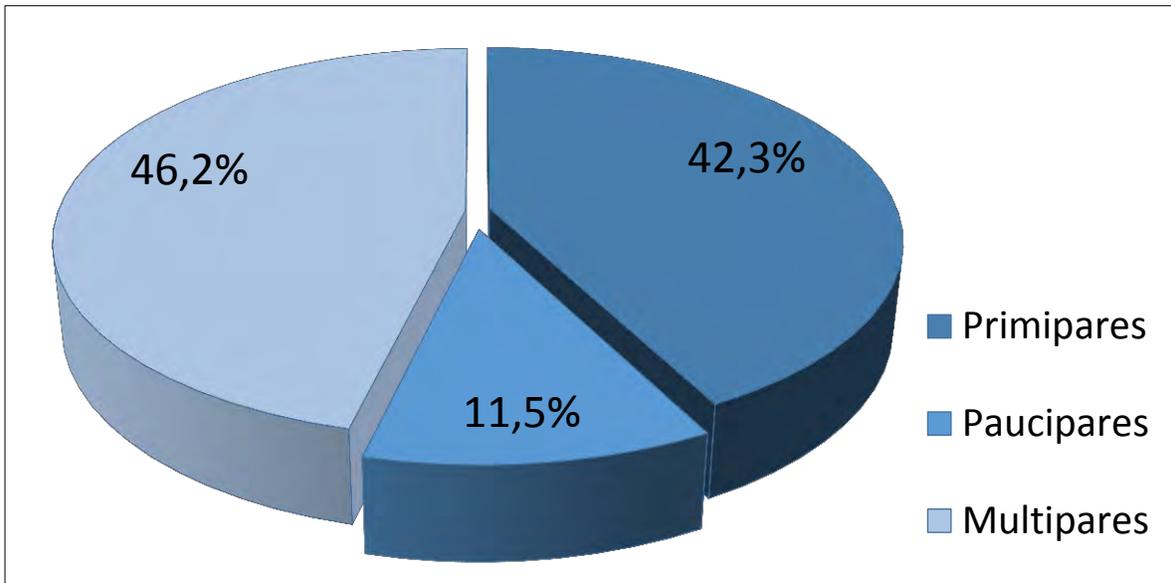


Figure 25: Répartition des patientes selon la structure sanitaire (n=31).

### III.2.2. Caractéristiques générales

#### ➤ Parité

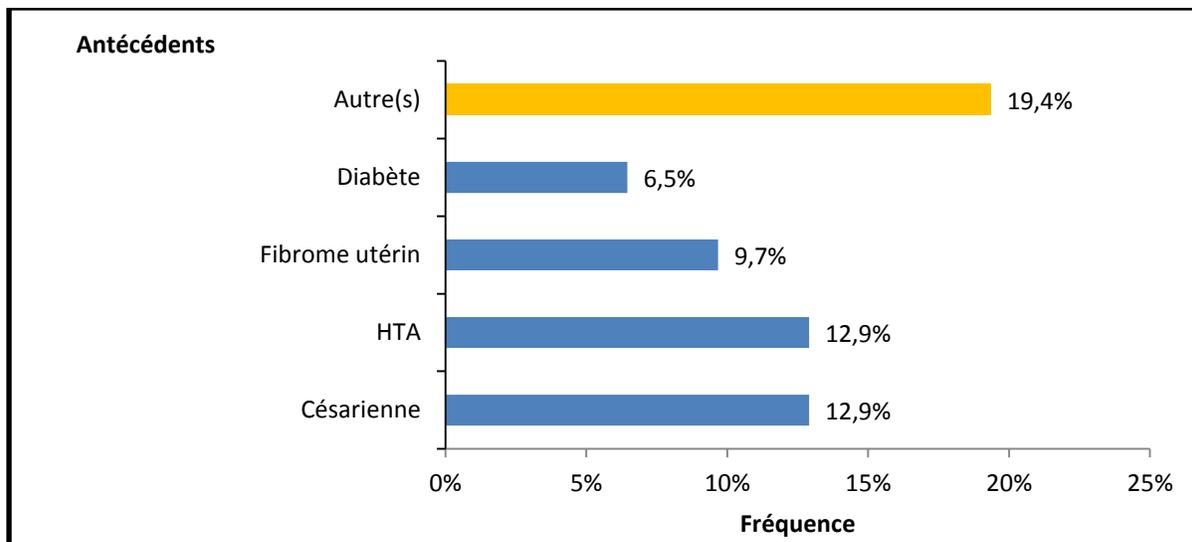
Dans notre étude, les patientes étaient multipares dans près de la moitié des cas (46,2%) comme le montre la figure 26.



**Figure 26: Répartition des patientes selon la parité (n=26).**

➤ **Antécédents médico-chirurgicaux**

Nous avons retrouvé des antécédents d’hypertension artérielle (HTA) chez 4 patientes soit 12,9% et de césarienne chez 4 patientes soit 12,9%. Dans près de 20% des cas, il existait d’autres antécédents tels qu’une constipation, une myomatose utérine, une maladie d’Hashimoto, une spasmophilie etc... associés ou non aux antécédents d’HTA ou de césarienne.



**Figure 27: Répartition des patientes selon leurs antécédents médico-chirurgicaux (n=31).**

### ➤ Pratique d'une activité sportive

Dans notre étude, quinze (15) patientes (soit 48,4%) avaient une activité sportive (surtout la marche) avant leur dernière grossesse contre seize (16) patientes (soit 51,6%) qui ne pratiquaient aucun sport.

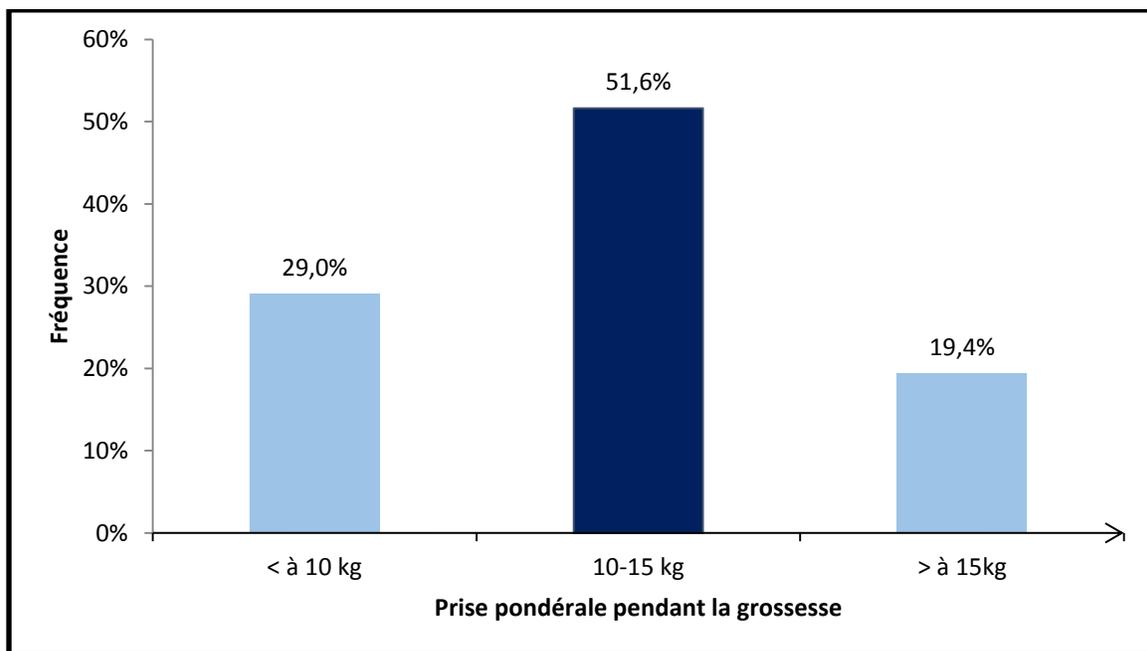
### ➤ Rééducation périnéale antérieure

Dans notre série, seulement cinq (5) patientes soit 19,2% avaient déjà bénéficié d'une RPP lors de grossesses antérieures.

## III.2.3. Caractéristiques de la dernière grossesse et de l'accouchement

### ➤ Prise pondérale pendant la grossesse

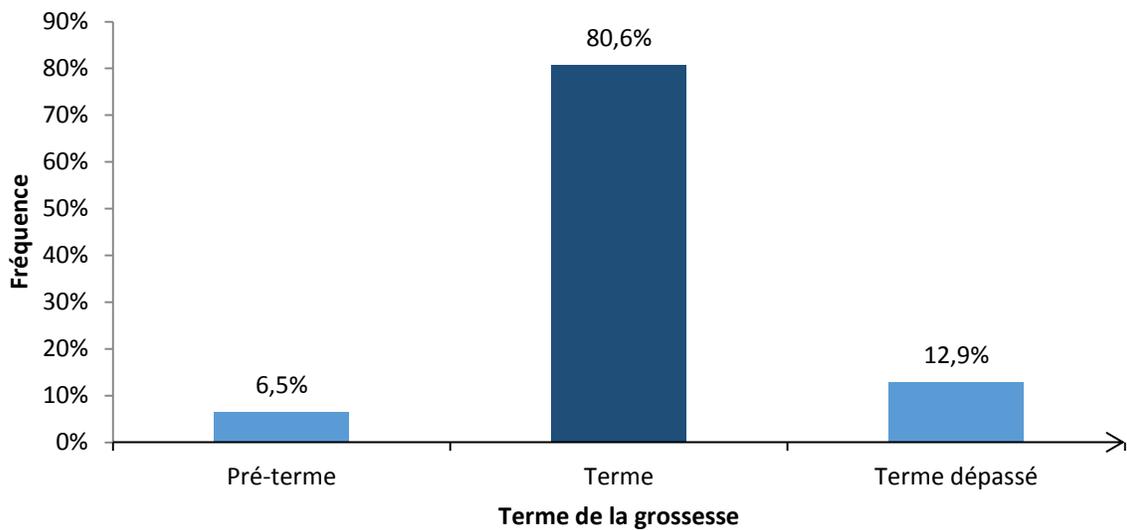
Dans la majorité des cas (51,6%), les patientes avaient eu un gain pondéral entre 10 et 15kg durant leur dernière grossesse comme le montre la figure 28.



**Figure 28: Répartition des patientes en fonction du gain pondéral pendant la dernière grossesse (n=31).**

### ➤ Terme de la grossesse au moment de l'accouchement

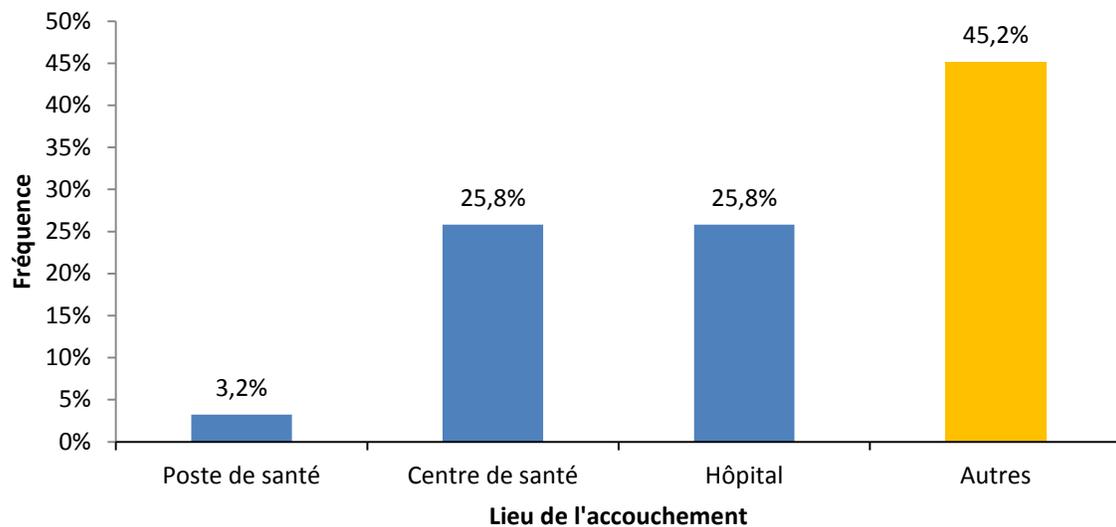
La grossesse était à terme dans la grande majorité des cas (80,6%).



**Figure 29: Répartition des patientes en fonction du terme de leur grossesse lors du dernier accouchement (n=31).**

### ➤ Lieu de l'accouchement

Dans notre série, la plupart (54,8%) de nos patientes avaient accouché dans des structures publiques. Pour les autres patientes (45,2%), l'accouchement s'était déroulé dans une structure privée à Dakar ou en Europe.



**Figure 30: Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement (n=31).**

➤ **Personnel ayant effectué l'accouchement**

Dans la majorité des cas (74,5%), l'accouchement avait été réalisé par une sage-femme.

➤ **Voie d'accouchement**

Dans notre série, une seule patiente (3,2%) avait bénéficié d'une césarienne. Toutes les autres (96,8%) avaient accouché par voie basse et parmi celles-ci, 12 (40%) déclaraient avoir subi des expressions abdominales.

➤ **Etat du périnée après accouchement par voie basse**

La moitié des patientes (50%) ayant accouché par voie basse avaient un périnée intact, onze (11) patientes (33,3%) avaient eu une déchirure périnéale et quatre (16,7%) avaient bénéficié d'une épisiotomie (tableau II).

**Tableau II: Modalités de l'accouchement et état du périnée.**

<b>Variables</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
<b>Voie d'accouchement (n=31)</b>		
Voie basse	30	96,8
Césarienne	1	3,2
<b>Expressions abdominales (n=30)</b>		
Oui	12	40,0
Non	18	60,0
<b>Etat du périnée (n=30)</b>		
Périnée intact	15	50,0
Episiotomie	4	16,7
Déchirure périnéale	11	33,3

➤ **Poids du nouveau-né**

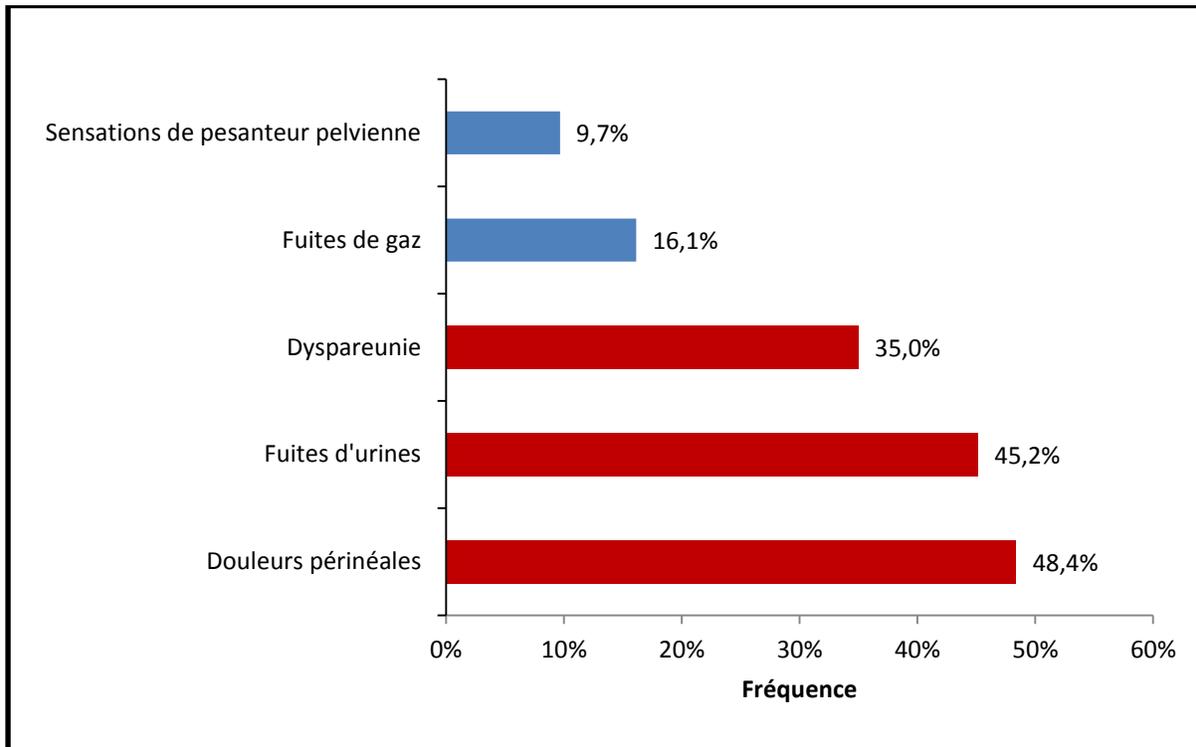
Le poids de naissance était normal dans la majorité des cas (90,3%). Les nouveaux-nés étaient macrosomes dans 9,7% des cas.

**III.2.4. Evaluation initiale**

➤ **Signes fonctionnels**

Les douleurs périnéales seules ou associées à d'autres symptômes étaient retrouvées chez 15 patientes (48,4%) comme le montre la figure 31.

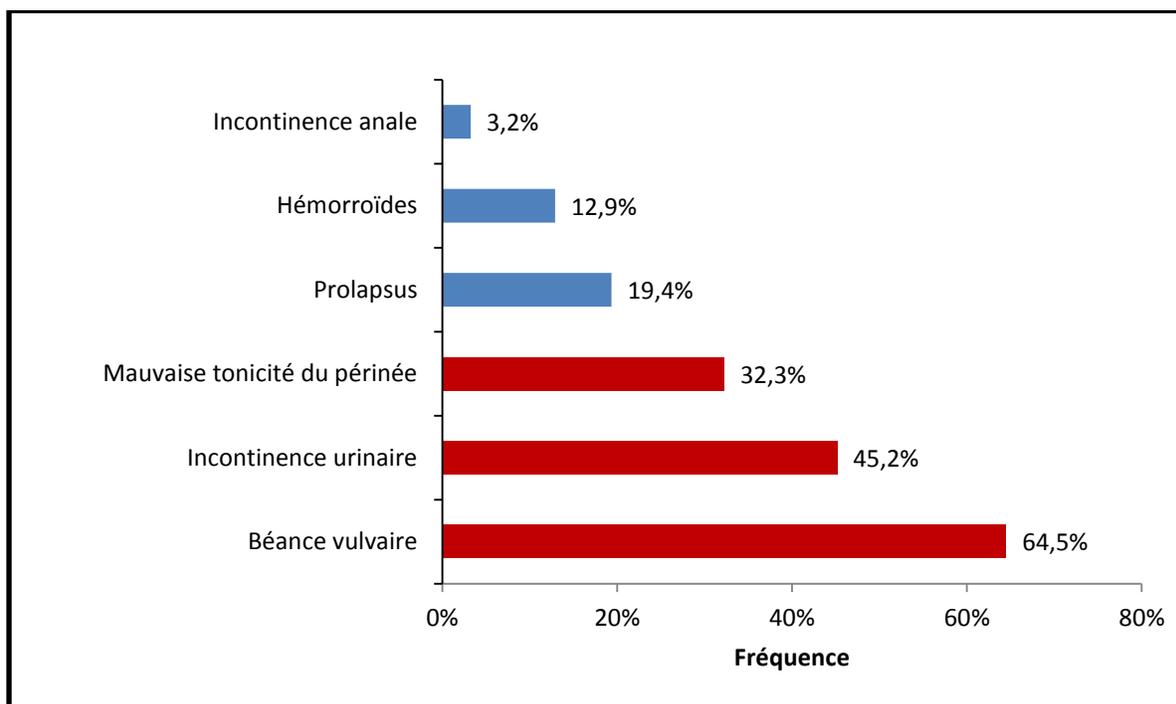
Parmi nos patientes, 20 (35,2%) avaient repris une activité sexuelle. Une dyspareunie était signalée par 7 d'entre elles (35%).



**Figure 31: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels (n=31).**

➤ **Données de l'examen périnéal**

La béance vulvaire seule ou associée, était principalement retrouvée chez 20 de nos patientes (64,5%) lors du bilan initial comme le montre la figure 32.



**Figure 32: Répartition des patientes selon les déficiences périnéosphinctériennes retrouvées au bilan initial (n=31).**

### III.2.5 Déroulement des séances de RPP

#### ➤ Période de début de la RPP

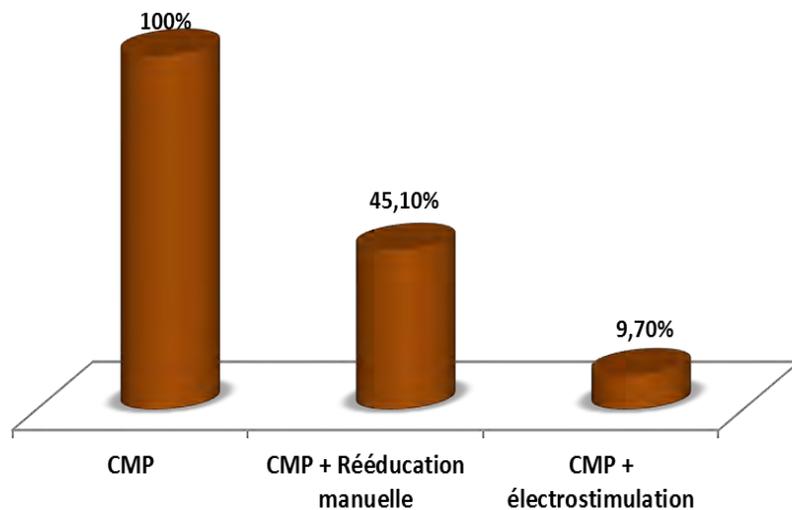
Chez plus de la moitié des cas (74,2%), la rééducation périnéale avait débuté plus de 8 semaines après l'accouchement.

#### ➤ Nombre de séances de RPP par patiente

Vingt-neuf (29) patientes (93,5%) avaient bénéficié de deux (2) séances de RPP par semaine et deux (2) patientes (6,45%) ont bénéficié de trois (3) séances par semaine.

#### ➤ Méthode de rééducation périnéale pratiquée

Le figure 33 montre que toutes nos patientes avaient bénéficié de la Connaissance et maîtrise du périnée (CMP), quatorze (14) soit 45,1% avaient eu une rééducation manuelle en plus et (3) patientes soit 9,7%, avaient bénéficié également d'autres méthodes comme l'électrostimulation.

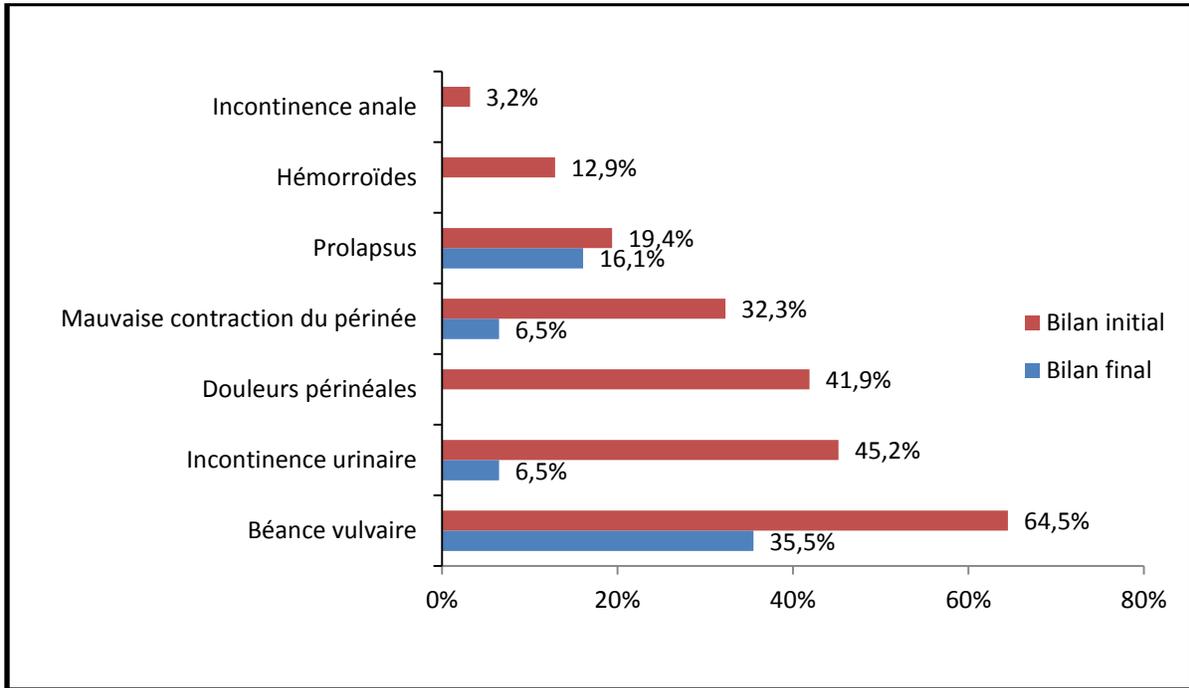


**Figure 33 : Répartition des patientes selon la méthode de RPP utilisée (n=31).**

### **III.2.5 Données retrouvées lors du bilan final**

Toutes nos patientes avaient bénéficié d'un bilan post-thérapeutique des déficiences périnéo-sphinctériennes. Nous avons noté une nette amélioration de tous les signes fonctionnels avec disparition totale des douleurs périnéales, des hémorroïdes et de l'incontinence anale. Cependant, une persistance de la béance vulvaire était relevée chez 35,5% des patientes et du prolapsus chez 16,1% des patientes comme le montre la figure 34.

Les patientes présentant une persistance du prolapsus étaient référées en consultation gynécologique pour prise en charge spécialisée.

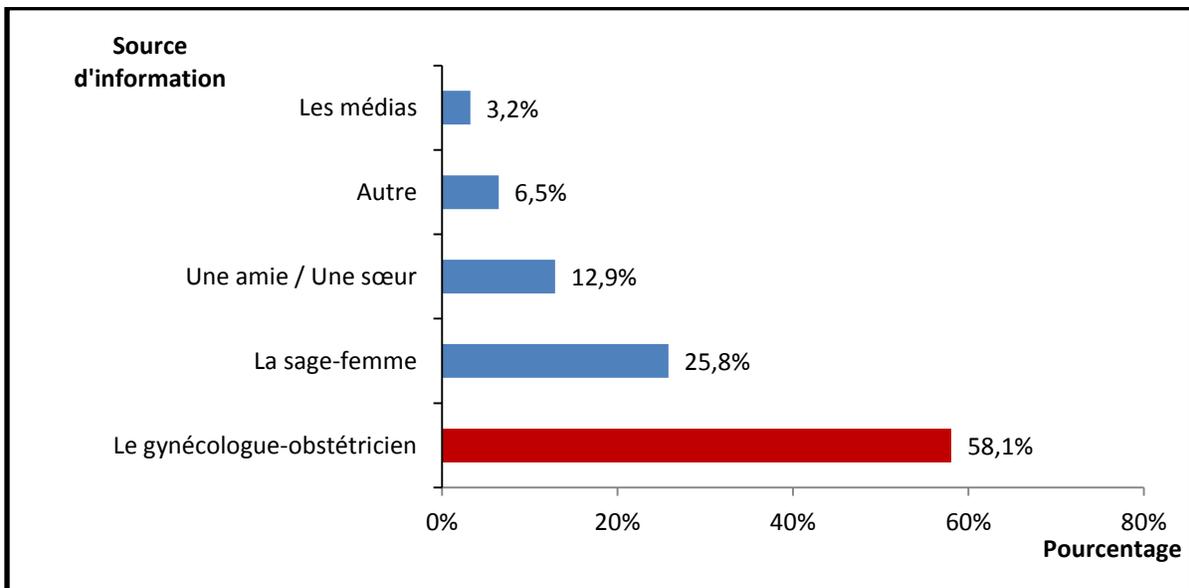


**Figure 34: Evolution des déficiences périnéo-sphinctériennes après RPP.**

### III.2.6 Données de l'évaluation des connaissances et de la satisfaction des patientes

#### ➤ Source d'information sur la rééducation périnéale

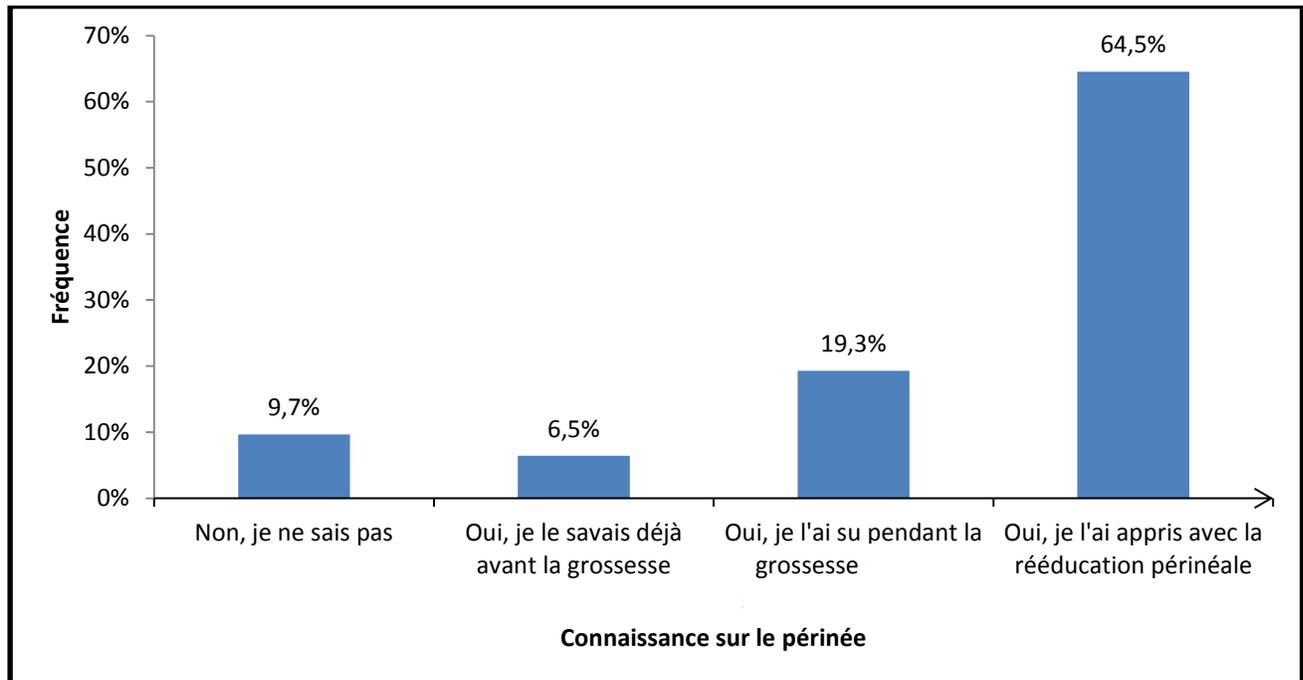
Le Gynécologue-obstétricien était la principale source d'information sur la RPP (58%).



**Figure 35: Répartition des patientes selon la source d'information (n=31).**

### ➤ **Connaissances sur le périnée**

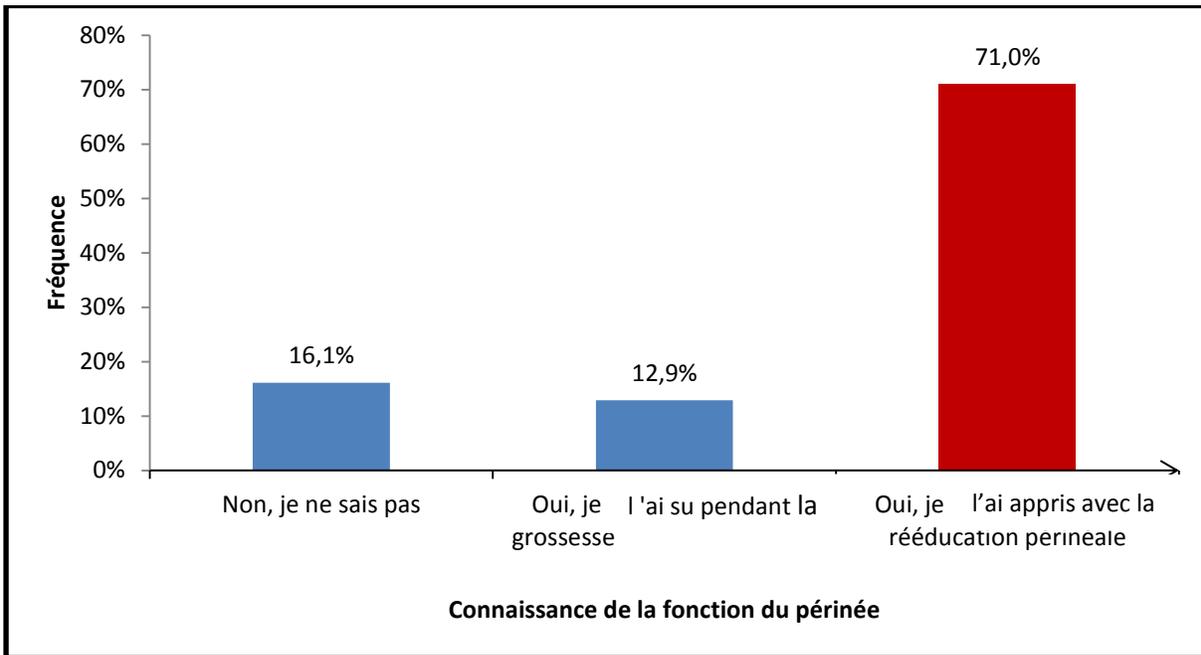
Plus de la moitié de nos patientes 64,5% avaient appris ce qu'était le périnée avec la RPP. Dans 9,7% des cas, elles déclaraient n'avoir aucune connaissance sur le périnée comme le montre la figure 36.



**Figure 36: Répartition des patientes selon les connaissances sur le périnée (n=31).**

### ➤ **Connaissance sur le rôle du périnée**

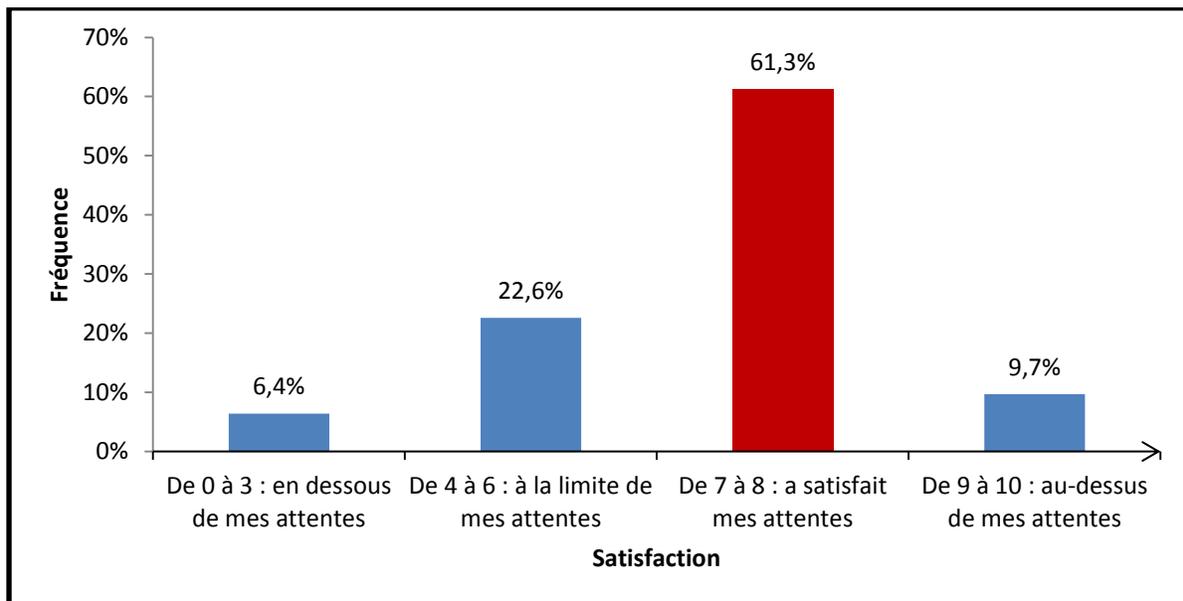
La majorité de nos patientes 71,0% avaient appris la fonction du périnée au cours des séances de RPP comme le montre la figure 36.



**Figure 37: Répartition des patientes selon la maîtrise de la fonction du périnée (n=31).**

➤ **Satisfaction des patientes**

La figure 38 montre que 61,3% des patientes avaient trouvé que la RPP avait satisfait à leurs attentes.



**Figure 38: Répartition des patientes selon leur satisfaction personnelle (n=31).**

### ➤ **Perspectives après les séances de RPP**

Trente (30) de nos patientes (soit 96,7%) avaient l'intention de poursuivre les exercices appris, de choisir les mêmes méthodes de RPP après les prochains accouchements et de la conseiller à des proches. La seule patiente qui ne voulait pas poursuivre les exercices après les séances n'avait pas été satisfaite par sa RPP.

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. Limites de l'étude**

Les limites de notre étude étaient :

- Le manque de disponibilité de certains prestataires ;
- Le faible échantillon des patientes ;
- Le refus de répondre au questionnaire pour des raisons personnelles de certaines patientes et certains prestataires.

### **IV.2. Niveau de connaissances des prestataires des maternités de Dakar sur la RPP**

Durant notre étude, nous avons constaté qu'il existe une sous-information concernant l'existence et la disponibilité de la rééducation périnéale du post-partum dans la ville de Dakar. Sur les 213 prestataires interviewés, 164 (77%) connaissaient l'existence de la RPP et parmi eux, 140 (85,3%) avaient pu citer au moins une méthode de RPP. Ce qui explique que peu de prestataires la conseillaient aux patientes. Ce constat est probablement dû au fait que la RPP n'est pas incluse au niveau national dans les programmes de suivi et de prise en charge médicale au cours de la grossesse et du post-partum.

### **IV.3. Pratiques de prescription de la RPP**

Dans notre série, seulement 65 prestataires (46,4%) avaient pu indiquer les centres dans lesquels la RPP était réalisée à Dakar et 36 (25,7%) d'entre eux avaient pu donner la période recommandée pour la débiter. Sur les 164 prestataires qui connaissaient l'existence de la RPP, 67 (47,8%) la conseillaient aux patientes parce qu'ils savaient où elle se pratiquait dans la ville de Dakar. L'essentiel de la pratique de la RPP se fait en structure privée même si la majorité des prestataires réfèrent les patientes dans le service de rééducation fonctionnelle des structures publiques telles que l'HOGGY à 20,3%, où nous n'avons reçu que 2 patientes

(6,5%) durant notre période d'étude et CNAO à 8,6%, où nous avons pu interviewer 13 patientes (41,9%). La clinique NEST à elle seule avait regroupé notre plus grand échantillon de patientes (45,1%).

Selon les recommandations de la HAS 2000 [6], la prescription de la RPP n'étant pas systématique, le bilan périnéal lors de la visite post-natale entre 6 à 8 semaines après l'accouchement revêt toute son importance. Cette prescription relève de la compétence des personnels des maternités qui doivent donner l'information qui 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. En terme de prévention de la santé, la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien peut donner quelques conseils pratiques pour préserver le périnée après un accouchement (éviter le port de charges lourdes etc...).

Gozet [26] en 2015, préconisait qu'un professionnel de santé pouvait également aborder les différentes modifications dues à l'état de grossesse et les modifications pouvant apparaître à la suite d'un accouchement. Il soulignait qu'il était important de parler des conséquences périnéales de ces modifications telles que l'incontinence (urinaire et anale), les déchirures, les dyspareunies ainsi que les risques de prolapsus. Le professionnel devait insister sur le fait que ces possibles troubles pouvaient régresser spontanément en quelques semaines. Si ce n'était pas le cas, il fallait envisager la réalisation de séances de RPP.

Une meilleure sensibilisation, information et orientation des prestataires pourrait pallier cette méconnaissance de la RPP et améliorer le taux de prescription dans le post-partum.

#### **IV.4. Déroulement de la RPP**

Nos résultats montrent que les patientes du CNAO et des services de rééducation fonctionnelle de l'HOGGY et l'HALD bénéficiaient d'emblée d'une prescription de dix (10) séances de rééducation et des exercices à répéter à domicile en accord avec les recommandations de la HAS 2002 [6]. Par contre, les patientes de la clinique NEST ne bénéficiaient que de cinq (5) séances obligatoires et une (1) séance facultative avec un nombre d'exercices bien définis à pratiquer chaque jour à domicile jusqu'à la prochaine séance.

Nos résultats montrent que 74,2% de nos patientes avaient débuté leurs séances de rééducation périnéale au-delà de la huitième (8<sup>ème</sup>) semaine post-partum et 93,5% d'entre elles bénéficiaient de deux (2) séances de rééducation périnéale par semaine. Ce nombre de séances hebdomadaire rapporté chez la grande majorité de nos patientes est en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2002 qui conseille au maximum trois (3) séances par semaine pour que la patiente puisse répéter les exercices à domicile [6].

Dans son étude, Gozet [26] avait montré que 70% des femmes savaient que les séances de RPP débutaient six (6) à huit (8) semaines après l'accouchement à raison de trois (3) séances par semaines avec des exercices à répéter à domicile.

Dans notre étude, les séances de RPP duraient trente (30) à soixante (60) minutes sous la supervision d'une thérapeute (Sage-femme, kinésithérapeute) ce qui est en accord avec les recommandations de la HAS de 2002 car au-delà de cette durée, les muscles du périnée se fatiguent et les exercices ne sont plus efficaces [6].

Concernant les méthodes de RPP utilisées dans notre étude, 18 patientes (58,1%) avaient bénéficié de méthodes associées (CMP+ Rééducation manuelle) contre 13 patientes (41, 9%) qui n'avaient bénéficié que d'une méthode (CMP). Certains auteurs occidentaux tels que Forster [30] en 2013 soulignaient aussi le fait que la CMP était la méthode la plus fréquemment utilisée. Plusieurs femmes interviewées lors de l'étude de Hugot [28] en 2011, avaient bénéficié de techniques

de rééducation périnéale « combinées ». Ceci est en accord avec les recommandations de bonne pratique de l'ANAES en 2003 qui préconisent l'association de plusieurs techniques dont l'efficacité semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée car il ne faut pas se priver des intérêts de chaque technique [29]. La méthode CMP aide les patientes à se représenter le périnée et la rééducation manuelle est un moyen optimal pour apprendre à contracter correctement son périnée.

#### **IV.5. Niveau de connaissance des patientes sur le périnée et la RPP**

Nos résultats montrent que plus de la moitié des patientes (64,5%) n'avaient eu conscience du rôle et de la fonction du périnée que grâce aux séances de RPP. Ceux-ci, obtenus dans un pays en développement, sont comparables à ceux de certains auteurs occidentaux tels que Gozet [26] dont les résultats montraient qu'à l'issue des séances, 61% des femmes se sentaient mieux informées sur le périnée et 66% sur la rééducation périnéale. Grosse et Sengler [27] soulignaient en 1996, la méconnaissance par les femmes de l'existence du périnée. D'après Hugot [28], la RPP joue un rôle important dans la prise de conscience des femmes sur la fonction périnéale. Ainsi, elles étaient plus à l'aise pour le définir en des termes exacts tels que « muscles, hamac, soutien des organes ».

Dans nos pays en développement, il existe un défaut d'information ou d'accès aux informations en ce qui concerne le périnée en particulier. Il est donc nécessaire de mettre à profit les consultations prénatales, les consultations post-natales et la planification familiale pour améliorer les connaissances des femmes sur le périnée et faciliter leur adhésion à la RPP.

#### **IV.6. Evolution des symptômes et satisfaction des patientes**

Dans notre étude, nous avons noté une nette amélioration de la qualité de vie des patientes avec diminution des symptômes tels que l'incontinence urinaire dont le taux est passé de 45,2% à 6,5%.

D'autres auteurs comme Dragomir et Sébag [30] retrouvaient également une amélioration significative de la qualité de vie des patientes ayant bénéficié de séances de RPP. Il est donc licite de prescrire systématiquement des séances de rééducation pour toutes les patientes souffrant d'incontinence urinaire, après un interrogatoire ciblé et un examen clinique complet. L'IUE reste l'incontinence urinaire la plus fréquemment retrouvée en période périnatale soit 14,6 % après l'accouchement (à 3 mois) [33]. Pour le CNGOF, une RPP est recommandée en cas d'incontinence urinaire persistante à 3 mois de l'accouchement (grade A) [31]. Selon les recommandations de l'ANAES en 2002, les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort (grade C) [6].

Chiarelli [40] en 2002, avait étudié la prévalence de l'incontinence urinaire dans un essai contrôlé randomisé comparant un groupe de femmes avec un programme de rééducation périnéale spécifique et un groupe de femmes avec un suivi standard sans intervention de rééducation. Il avait mis en évidence une diminution de la prévalence de l'incontinence urinaire et une diminution de l'incontinence urinaire sévère, à trois mois du post-partum, plus importante dans le groupe de femmes ayant eu un programme de rééducation périnéale que dans le groupe contrôle sans rééducation périnéale.

Quelques études occidentales montrent un intérêt de la rééducation périnéale sur la prévention ou la diminution des signes fonctionnels urinaires et de l'incontinence urinaire féminine dans le post-partum.

Une étude comparative de Couchot [42] en 2015 entre l'utilisation du Biofeedback et du travail manuel montrait que près de 90% des patientes déclaraient ne plus souffrir d'IUE après une rééducation périnéale du post-partum. Seules deux patientes (une pour chaque échantillon) décrivaient une IUE modérée (en cas d'efforts violents).

Fritel et son équipe [43] en 2010, dans leurs recommandations sur l'incontinence urinaire féminine, en reprenant les différentes études sur le sujet, avaient établi que la RPP avec un thérapeute diminuait la prévalence de l'incontinence urinaire à court terme (un an du post-partum) par rapport à de simples conseils sur des exercices du plancher pelvien. Mais son efficacité à long terme n'avait pas été démontrée car aucune étude n'a été réalisée en termes d'efficacité de la rééducation périnéale à très long terme.

Dans notre étude, nous avons également constaté une amélioration de la béance vulvaire de 64,5% à 35,5%.

En post-partum, l'involution de la vulve est totale au bout de 2 mois. Mais lorsque la béance vulvaire persiste, elle peut entraîner une gêne essentiellement à la marche avec parfois un petit bruit à type de clapotis ou encore une sensation de frottement. Il est également possible d'observer une béance du méat urétral ; la patiente se plaint alors d'un jet d'urines dévié qui peut mouiller ses cuisses lors de la miction [7,30].

Dans notre étude, la prévalence du prolapsus génital est moindre et nous avons noté une légère baisse de celle-ci après la RPP (de 19,4% à 16,1%).

Dans la littérature, la symptomatologie en lien avec un prolapsus est retrouvée chez 70 % des femmes avec des antécédents d'extraction instrumentale [30-34].

Nos résultats retrouvent une prévalence plus élevée des douleurs périnéales (41,9%) avec leur disparition totale après la RPP.

Des études occidentales ont retrouvé des douleurs périnéales chez plus de 20 % d'accouchées à 2 mois et 10 % après 12 mois [30-33].

La prévalence des douleurs périnéales varie selon les études et les délais étudiés mais toutes les études ont observé une diminution spontanée de la prévalence des douleurs entre 3, 6, 12 et 18 mois du post-partum (NP3) [35-40]. Glazener [35] en 1994 rapportait dans une étude de cohorte, 22 % de douleurs périnéales à 8 semaines (n = 1116) et plus que 10 % (n = 438) entre 12 et 18 mois après leur accouchement. Persico et collaborateurs [36] en 2013 observaient 8 % de douleurs périnéales à 7 semaines du post-partum et plus que 0,7 % à 6 mois (NP3).

Dans notre étude, une dyspareunie était retrouvée chez les 7 patientes (35%) qui avaient repris une activité sexuelle.

Dans la littérature, la prévalence des dyspareunies décroît progressivement avec une grande variabilité dans le temps selon les auteurs et les études (NP3) [35, 39, 40]. Chez Barrett et al. [37], cette prévalence diminuait spontanément entre le 2<sup>ème</sup> -3<sup>ème</sup> mois et le 6<sup>ème</sup> -7<sup>ème</sup>, avec des taux de 30 % à 17 % dans l'étude de Connolly [38]. Glazener [35] rapportait également une diminution des dyspareunies, allant de 53 % des femmes à 8 semaines à 49 % entre 12 et 18 mois après leur accouchement. Deffieux [41] en 2015 montrait que la dyspareunie était également fréquente comme symptôme dans le post-partum. Les études épidémiologiques décrivaient 41 à 53 % de dyspareunies à 2 mois du post-partum, ces taux n'évoluaient quasiment pas dans le temps car 49 % des femmes signalaient encore ces troubles un an après la naissance de leur enfant.

Dans notre étude, nous avons une disparition totale de l'incontinence anale dont la fréquence était de 3,23% alors que d'autres études ont une prévalence nettement supérieure [14-15]. A 6 semaines de l'accouchement, 13 % des primipares et 23 % des multipares auraient une incontinence anale ou des phénomènes d'urgences [15].

Dans certaines séries, en dehors de tout traitement chirurgical, l'incontinence anale associée à des lésions sphinctériennes peut s'améliorer dans 50 % des cas dans les mois qui suivent l'accouchement [29]. En effet, 35 à 38 % des primipares ayant des lésions sphinctériennes ont une continence anale normale [13].

Dans notre étude, 22 de nos patientes (71%) étaient satisfaites de leur RPP avec 19 patientes (61,3%) satisfaites et 3 patientes (9,7%) satisfaites au-delà de leurs attentes.

D'autres auteurs s'étaient également intéressés à la satisfaction des patientes ayant bénéficié de la rééducation périnéale et particulièrement à l'amélioration des signes fonctionnels urinaires. Jaunet [39] retrouvait pour la satisfaction globale, 50 patientes (92,6%) qui étaient satisfaites avec 23 patientes (42,6%) satisfaites et 27 patientes (50%) vraiment satisfaites des séances de rééducation périnéale. Seulement 4 patientes (7,4%) étaient peu satisfaites. Gozet [26] en France avait trouvé que 49% des patientes interrogées, avaient ressenti un meilleur tonus de leur périnée. Dans la série de Hugot [28] en 2011, la majorité des femmes qui avaient été interviewées, avaient très bien vécu leur rééducation du périnée ; s'exprimant sur le sujet avec des mots parfois très forts tels que « extraordinaire » ou « très très bien passée ». Elles avaient vu un réel changement entre avant et après les séances de RPP au niveau de la tonicité du périnée qui s'était améliorée, des symptômes urinaires qui avaient diminué voire disparu, de leur sexualité qu'elles avaient retrouvée, etc. Leur subjectivité sur l'efficacité de cette rééducation rejoint les données objectives des études de la littérature.

Dans notre étude, 96,7% de nos patientes satisfaites avaient l'intention de poursuivre les exercices appris dans le futur.

Selon les recommandations de 2010 de la Société Française d'Urologie, le maintien de bons résultats dépend en grande partie du travail personnel des femmes [44].

Hugot [28] avait montré que les femmes qui avaient été interrogées, pour la majorité, connaissaient l'importance de poursuivre les exercices de rééducation périnéale après les séances et dans le futur, mais peu d'entre elles l'avaient fait. Mais que ce soit dans la littérature ou au cours des entretiens des femmes interrogées dans son étude, l'assiduité des femmes à poursuivre des exercices de rééducation périnéale à la maison est faible. Des séances de rééducation périnéale d'entretien semblent nécessaires pour diminuer le taux de récurrences observé.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La rééducation périnéale du post-partum est un ensemble de techniques spécifiques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnements des organes pelviens urinaires, digestifs ou sexuels causés par la grossesse et l'accouchement [4]. Sa prescription est quasi systématique dans les maternités en France où elle est intégralement remboursée par la sécurité sociale depuis plus de trois décennies [7]. En Afrique et particulièrement au Sénégal, elle est mal connue voire méconnue dans la pratique quotidienne.

L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux sur la connaissance et la pratique de la RPP à Dakar. Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et quantitative menée par le biais d'une enquête à l'aide d'un double questionnaire semi-structuré à questions ouvertes ou fermées, à choix unique ou multiples qui s'adressait d'une part aux prestataires exerçant dans les maternités et d'autre part aux patientes ayant bénéficié d'une RPP.

Nos résultats avaient montré que sur les 213 prestataires interviewés dont 47,9% avaient au minimum cinq (5) ans d'ancienneté avec comme principale activité les consultations prénatales (57,3%), 164 (77%) avaient entendu parler de la RPP et 140 d'entre eux (85,3%) avaient pu citer au moins une méthode de RPP. La rééducation manuelle était la méthode de RPP la plus connue (40%). Parmi les 140 prestataires, 67 (47,8%) avaient pu indiquer les centres dans lesquels la RPP était pratiquée dans la ville de Dakar et la conseillaient aux patientes. Les 73 autres (52%) ne la prescrivaient pas soit parce que cela ne faisait pas partie de leurs habitudes ou par ignorance du lieu où elle se pratiquait dans la ville de Dakar. Seulement 36 prestataires (25,7%) avaient pu indiquer la période recommandée pour débiter la RPP.

Dans notre étude, sur nos 31 patientes interviewés, la moitié étaient multipares (46,2%), seulement 5 patientes (19,2%) avaient déjà bénéficié d'une RPP lors des

grossesses antérieures. Sur les 30 patientes (96,8%) qui avaient accouché par voie basse, 12 (40%) déclaraient avoir subi des expressions abdominales, onze (11) patientes (33,3%) avaient eu une déchirure périnéale et quatre (4) (16,7%) avaient bénéficié d'une épisiotomie. Les douleurs périnéales (48,4%) représentaient le principal motif de consultation au cours de la période post-natale. Les indications de la RPP étaient la béance vulvaire (64,5%), l'incontinence urinaire (45,2) et la mauvaise tonicité du périnée (32,3%) isolées ou associées.

Bien que l'échantillon de nos patientes soit faible n=231, elle a permis d'observer que la RPP contribuait à la disparition totale des douleurs périnéales, de l'incontinence anale et des hémorroïdes, à l'amélioration de la force musculaire et la diminution des symptômes périnéo-sphinctériens du post-partum tels que l'incontinence urinaire (45,2% à 6,5%) et la béance vulvaire (64,5% à 35,5%). Dans la majorité des cas, les bénéficiaires estimaient que la RPP avait été satisfaisante (61,3%) voire très satisfaisante au-delà de leurs attentes (9,7%).

A l'issue de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

✓ **A l'endroit des autorités gouvernementales :**

- Augmenter le nombre de structures sanitaires pratiquant la RPP ;
- Inclure la RPP dans la prise en charge globale de la femme et la grossesse en particulier lorsque celle-ci présente des symptômes périnéo-sphinctériens lors de la CPON ;
- Promouvoir la formation continue des prestataires des maternités particulièrement des sages-femmes en RPP ;
- Réduire les tarifs des séances de RPP dont le coût actuel varie de six à huit mille francs CFA (6000 à 8000FCFA) par séance dans les structures publiques et dix à quinze mille francs (10 000 à 15 000FCFA) dans les structures privées.

✓ **A l'endroit des autorités académiques de la Faculté de médecine et des Ecoles de formations des Sages-Femmes :**

- Introduire des cours de préparation à l'accouchement et de RPP dans les curricula des étudiants en cours de spécialisation de Gynécologie-Obstétrique (DES) et dans les écoles de Sages-Femmes ;
- Promouvoir les enseignements post-universitaires théoriques et pratiques sur la RPP dans les Centres Hospitalo-Universitaires et au sein des associations professionnelles (ASGO, ANSFES, ASKIR).

✓ **A l'endroit des professionnels de santé :**

- Promouvoir la prescription de la RPP par les prestataires des maternités (Gynécologues-Obstétriciens, Sages-femmes et DES) notamment par le biais d'une plaquette informative résumant les principaux axes de la rééducation post-natale : indications de la RPP, début de la RPP, importance de l'association de plusieurs méthodes, présence active d'un professionnel formé à la pratique ;
- Informer et sensibiliser les femmes par le biais des médias et des campagnes médicales de proximité.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. Grollier Gandoul EE.**

Rééducation périnéale post-partum. Mémoire Kinésithérapie. ENDSS. 2017; P1, 54-58.

### **2. Haute Autorité de Sante en France**

Recommandations pour la pratique clinique 2000. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. P9-10.

### **3. 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 donna: la nostra esperienza ». In: congres GRUG, Baia di Conte, Alghero, 1992: P105-106.

### **4. Bourcier A.**

La rééducation périnéale. [En ligne] Dossier mis en ligne en février 2012. Disponible sur <http://www.sphere-sante.com/incontinenceinformation/reeducation-perineale.html>

### **5. Bourcier A, Mcguire E, Abrams P.**

In Dysfonctionnements du plancher pelvien Tome 2 : traitements et prise en charge. Editions Elsevier, 2005 ; P 23.

### **6. Haute Autorité de Sante en France**

Recommandations pour la pratique clinique 2002. Rééducation dans le cadre du postpartum; P4.

## **7. Kamina P.**

Le périnée. In Anatomie gynécologique et obstétricale, 4<sup>ème</sup> édition, Maloine, 1984 ; P137-140.

## **8. Kamina P.**

Organes urinaires et génitaux. In Anatomie clinique Tome 4. 3<sup>ème</sup> Edition. Maloine, 2014 ; P22-24.

## **9. Comité éditorial pédagogique de l'UVMAF.**

Anatomie du périnée féminin. Université médicale virtuelle francophone; 2011, P23.

## **10. Kamina P.**

Paroi pelvi-périnéale : plaies et myorraphies. In Anatomie opératoire et techniques chirurgicales gynécologiques et obstétricales, Maloine 2000. P 31-34.

## **11. Lansac J, Body G.**

In Pratique de l'accouchement, 3<sup>ème</sup> édition, Elsevier-Masson ; 2001 ; P127 - 144.

## **12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**

Rééducation dans le cadre du post-partum. Recommandations professionnelles, 2002, disponible sur <http://www.has-sante.fr>. Consulté le 27 Juin 2018.

## **13. Pizzoferrato Ac, Samie M, Rousseau A, Rozenberg P, Fauconnier A.**

Déchirures périnéales post-obstétricales sévères : conséquences à moyen terme sur la qualité de vie des femmes. Acta Obstet Gynecol 2008; 87: 313–8.

## **14. Abramowitz L.**

Incontinence fécale post-obstétricale. La lettre de l'hépatogastroentérologue 2002 ; 1 (vol 5) ; P 18.

**15. Vivenot C.**

La rééducation périnéale du post-partum : observance de la prescription. Mémoire sage-femme, Nancy, Ecole de sage-femme Albert Fruhinsholz, Université Henry Pointcaré 2009 ; P23.

**16. Bourcier A, Mcguire E, Abrams P.**

Dysfonctionnements du plancher pelvien Tome 1 : physiopathologie et investigations. Editions Elsevier, 2005 ; P 15.

**17. Aubin I.**

Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La Revue Exercer 2006, n°77 ; P 40.

**18. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin Jm, Bertrand P, Lanson Y.**

Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. Progrès en urologie 2002; 12:52-9.

**19. Higuero T, Tarrerias Al.**

Incontinence anale. Hegel 2011, Vol. 1 N° 4; P13.

**20. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen J.**

Postpartum urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003; P71.

**21. Minschaert M.**

Rééducation fonctionnelle du plancher pelvien. Service de Kinésithérapie Hôpital Erasme, U.L.B. Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 236-41.

**22. Nouri M, Nouri M, Tligui M.**

La rééducation pelvi-périnéale : Techniques et indications. Médecine du Maghreb 2001 n°90, P43.

**23. Plevnik S, Janez J, Vodusek Db.**

Electrical stimulation. In Clinical Neuro-urology, R.J. Krane, M.B. Siroky, Edition Little Brown, Boston, Toronto, Londres, 1992: 559-71.

**24. Cone Vaginal Aquaflex®**

<https://www.perineeshop.com/cones-vaginaux-aquaflex-fuites-urinaires>. Consulté le 08 décembre 2018.

**25. Kit Périneomax®**

<http://www.geyreelectronique.com/perineologie/page.php?page=nosoutils>. Consulté le 08 décembre 2018.

**26. Gozet L.**

Périnée et rééducation périnéale: Connaissances et influence sur l'observance des femmes. Mémoire Sage-femme, École de sages-femmes du C.H.R.U. Lille II (France) ; 2015 ; P45.

**27. Grosse D, Sengler J.**

Évaluation des techniques de rééducation périnéale. Ann Réadapt Méd Phys 1996;P39:61-78.

**28. Hugot S.**

Le vécu de rééducation périnéale des femmes en post-partum : Une étude qualitative par 14 entretiens individuels. Thèse médecine générale, Paris : Université Denis Diderot ; 2011:P34.

### **29. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**

Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale ; Recommandations pour la pratique clinique, 2003, disponible sur <http://www.has-sante.fr>. Consulté le 23 Juillet 2017.

### **30. Dragomir S, Sebag J.**

Impact de la rééducation périnéale sur la qualité de vie des femmes ayant une incontinence urinaire d'effort ou mixte. Journal de Réadaptation Médicale Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation. 2011; P 39.

### **31. Foerster S.**

La rééducation périnéale du post-partum : état des lieux au sein du réseau périnatal Alpes-Isère. Mémoire de sage-femme, université Joseph Fourier, UFR de médecine de Grenoble, année 2013 : P44.

### **32. Casse L.**

« La rééducation périnéale : réappropriation par la femme de son corps ». Spirale 2003/2 (no 26), p. 117-120.

### **33. Viktrup L.**

The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. Neurourology Urodynamics 2002; 21: 2-29.

### **34. Deffieux X.**

Incontinence urinaire et grossesse, J Gynécol Obstét Biol Reprod 2009 ; 38 : S212–S231.

**35. Glazener Cma.**

Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:330—5.

**36. Persico G, Vergani P, Cestaro C.**

Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. *Minerva Gine-col* 2013; 65(6):669—78.

**37. Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al.**

Women's sexual health after childbirth. *BJORG* 2000; 107(2):186—95.

**38. Connolly A, Thorp J, Pahel L.**

Effects of pregnancy and child-birth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(4):236—7.

**39. Jaunet L.**

La Rééducation Périnéale dans le Post-partum: Observance, Pratiques et Opinions des Patientes. Mémoire Sage-femme, École de sages-femmes René ROUCHY Université d'Angers, 2014 ; P 32.

**40. Chiarelli P, Cockburn J et al.**

Promoting urinary incontinence in women after delivery: a randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324:1241.

**41. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J., Coulm B et al.**

Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum: recommandations pour la pratique clinique, 2015 ; P21.

**42. Couchot A.**

Rééducation périnéale du post-partum : Etude comparative entre biofeedback et travail manuel ; Mémoire Sage-Femme, Université Claude Bernard de Lyon, 2015 ; P17.

**43. Fritel X.**

Périnée et grossesse. Point de vue d'expert, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 332–346.

**44. Société Internationale Francophone d’Urodynamique**

L'évaluation des techniques de rééducation périnéale. Actualités en Urodynamique, 1998 ; P121-141.

# **ANNEXES**

<p style="text-align: center;"><b>FICHE DE RECEUIL DE DONNEES A L'INTENTION DU PERSONNEL</b></p>
--

Structure sanitaire :.....

N° Fiche :.....

**CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES**

Qualification:

- Gynécologue-obstétricien
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Infirmier(e)

Ancienneté :

- 1 à 2 ans
- 3 à 4 ans
- 5 ans et plus

Type d'activité quotidienne :

- Consultations prénatales
- Préparation à l'accouchement
- Accouchements
- Consultations post-natales
- Planification familiale
- Autre (Préciser).....

## CONNAISSANCES ET PRATIQUES

Avez-vous déjà entendu parler de la rééducation périnéale ?

Oui  Non

Si non, merci de nous renvoyer le questionnaire. Nous vous remercions pour votre participation.

Pouvez-vous nous citer quelques méthodes de rééducation périnéale que vous connaissez?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

- Connaissance et maîtrise du périnée
- Rééducation manuelle
- Biofeedback
- Electrostimulation
- Autre (préciser) .....

Savez-vous où la rééducation périnéale se pratique dans la ville de Dakar?

Oui  Non

Si oui, précisez la structure.....

Vous arrive-t-il de conseiller la rééducation périnéale à vos patientes dans votre pratique quotidienne?

Oui  Non

Si non, pourquoi ?.....

Savez-vous à quel moment débiter la rééducation périnéale dans le post-partum ?

- Moins de 6 semaines après l'accouchement
- 6 à 8 semaines après l'accouchement
- Au-delà de 8 semaines après l'accouchement
- Non, je ne sais pas

Pratiquez-vous la rééducation périnéale dans le post-partum ?

Oui  Non

Si oui, quelle méthode pratiquez-vous?

- Connaissance et maîtrise du périnée
- Rééducation manuelle
- Biofeedback
- Electrostimulation
- Autre (préciser) .....

Si non, dans quelle structure orientez-vous vos patientes ? (Préciser).....

<b>FICHE DE RECUEIL DE DONNEES A L'INTENTION DES PATIENTES</b>
--

Structure sanitaire :..... N° Fiche :.....

**1/ ETAT CIVIL**

Nom et Prénom :.....

Age :.....ans

Statut matrimonial :  1 Mariée       2 Célibataire       3 Divorcée

Adresse :..... Téléphone : .....

**2/ ANTECEDENTS - HABITUDE ET MODE DE VIE**

Gynéco-obstétricaux

• Gestité : 1  2  3  4   $\geq 5$

• Parité : 1  2  3  4   $\geq 5$

• Type d'accouchement : Voie basse  Césarienne

Si accouchement par voie basse, préciser l'état du périnée:

Episiotomie  Déchirure  Intact

• Avez-vous déjà fait une rééducation du périnée dans le post-partum lors d'une précédente grossesse?

Oui  Non

Si oui, avec quelle(s) méthode(s) (plusieurs choix possibles) ?

Connaissance et maîtrise du périnée

Rééducation manuelle

- Biofeedback
- Electrostimulation
- Autre (préciser).....

Médico-chirurgicaux :

- Diabète
- Césarienne
- Autre(s) (préciser).....
- HTA
- Incontinence urinaire

Traitement médical en cours:

- Hormonothérapie (préciser).....
- Autres (préciser).....

Pratique d'une activité sportive :

Oui  Non

Si oui, laquelle.....

Activité au quotidien/Profession :

- Femme au foyer
- Employée structure privée
- Commerçante
- Employée fonction publique
- Profession libérale

Description de l'habitation :

Rez-de-chaussée  1er Etage ou plus

**3/GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT RECENTS**

Prise pondérale pendant la grossesse :

< 10 kg

10-15 kg

>15kg

Terme de l'accouchement :

Pré-terme

Terme

Terme dépassé

Lieu de l'accouchement :

A domicile

Poste de santé (Préciser).....

Centre de santé (Préciser).....

Hôpital (Préciser).....

Personne ayant effectué l'accouchement

Sans qualification (matrone, autre)

Infirmière

Sage-femme

Médecin généraliste

Gynécologue-obstétricien

Type d'accouchement : Voie basse

Césarienne

Si accouchement par voie basse, précisez l'état du périnée :

Épisiotomie

Déchirure

Intact

Vous a-t-on fait des expressions abdominales ?

Oui

Non

Quel était le poids du nouveau-né ?

<2500g

2500g-4000g

>4000g

Avez-vous repris une activité sportive depuis votre accouchement?



- Douleurs périnéales
- Béance vulvaire
- Incontinence urinaire d'effort
- Hémorroïdes
- Incontinence anale
- Mauvaise contraction du périnée
- Prolapsus

## **5/EVALUATION DES CONNAISSANCES ET SATISFACTION DES PATIENTES**

- Quelle a été votre source d'information sur la rééducation périnéale?
  - Le gynécologue-obstétricien
  - La sage-femme
  - Une amie / Une sœur
  - Autre (Préciser) .....
  - Le Médecin généraliste
  - L'infirmière
  - Les médias
- Quand avez-vous débuté votre rééducation périnéale?
  - Moins de 6 semaines après l'accouchement
  - 6 à 8 semaines après l'accouchement
  - Plus de 8 semaines après l'accouchement
- Combien de séances avez-vous eu par semaine?
  - 1 séance par semaine
  - 2 séances par semaine
  - 3 séances par semaine

Combien de temps durait une séance ?

- Moins de 30 minutes
- Entre 30 et 60 minutes
- Plus de 60 minutes

L'organisation des séances vous a-t-elle semblé adaptée par rapport au nombre de séances par semaine ?

Oui  Non

Si non, pourquoi:.....

L'organisation des séances vous a-t-elle semblé adaptée par rapport au nombre de séances au total ?

Oui  Non

Si non,  
pourquoi:.....

L'organisation des séances vous a-t-elle semblé adaptée par rapport à la durée des séances ?

Oui  Non

Si non, pourquoi:.....

Savez-vous ce qu'est le périnée et où il se trouve ?

- Oui, je le savais déjà avant la grossesse
- Oui, je l'ai su pendant la grossesse ou à ma grossesse antérieure
- Oui, je l'ai appris avec la rééducation périnéale
- Non, je ne sais pas

Connaissez-vous sa fonction ?

- Oui, je le savais déjà avant ma grossesse
- Oui, je l'ai su pendant la grossesse ou à ma grossesse antérieure
- Oui, je l'ai appris avec la rééducation périnéale
- Non, je ne sais pas

Quelle(s) méthode(s) de rééducation périnéale venez-vous de faire ? (Plusieurs choix possibles)

- Connaissance et maîtrise du périnée
- Rééducation manuelle
- Biofeedback
- Electrostimulation
- Autre (préciser).....

La méthode appliquée vous a semblé (plusieurs choix possibles) :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efficace      | <input type="checkbox"/> Facile à appliquer | <input type="checkbox"/> douce/ non invasive |
| <input type="checkbox"/>               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Adaptée       | <input type="checkbox"/> Enrichissante      | <input type="checkbox"/> Inapproprié         |
| <input type="checkbox"/>               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Contraignante | <input type="checkbox"/> Fatigante          | <input type="checkbox"/> Inefficace          |
| <input type="checkbox"/>               |   |  |

Selon vous, cette méthode vous a permis de (plusieurs choix possibles) :

- Connaitre la localisation du périnée et mieux comprendre les mécanismes de pression qui s'y exercent
- Réduire les fuites d'urines
- Réduire les fuites de gaz

- Réduire les fuites de selles
- Diminuer les douleurs périnéales lors des rapports sexuels

Concernant vos attentes, vous évaluez cette méthode sur 10 :

- De 0 à 3 : en dessous de mes attentes
- De 4 à 6 : à la limite de mes attentes
- De 7 à 8 : a satisfait mes attentes
- De 9 à 10 : au-dessus de mes attentes

Pour celles qui avaient déjà fait des séances de rééducation périnéale auparavant, s'il fallait noter sur 10 :

La rééducation périnéale faite auparavant :...../10

La rééducation périnéale que vous venez de faire :...../10

Avez-vous l'intention de poursuivre les exercices appris ?

Oui  Non

Si non pour quelles raisons ?.....

Si vous aviez de nouveau une rééducation périnéale à faire, choisiriez-vous de nouveau cette (ces) méthode(s) ?

Oui  Non

Si non, pour quelles raisons ?.....

Conseilleriez-vous cette (ces) méthode(s) à une de vos proches ?

Oui  Non

Si non, pour quelles raisons ?.....

**6/ DONNEES RETROUVEES DANS LE BILAN FINAL (à remplir par le personnel d'effectuant la rééducation périnéale)**

A l'examen clinique, déficiences périnéo-sphinctériennes recherchées (plusieurs choix possibles):

Douleurs périnéales	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Béance vulvaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Incontinence urinaire (spontanée ou d'effort)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Incontinence anale	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Mauvaise contraction du périnée	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Prolapsus	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>



**REEDUCATION PERINEALE DU POST-PARTUM : EVALUATION DES  
CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES ET DE LA  
SATISFACTION DES PATIENTES A DAKAR (SENEGAL)**

**RESUME**

**Objectifs :** Déterminer le niveau de connaissance de prestataires de maternités de Dakar sur la rééducation périnéale du post-partum (RPP), évaluer leurs pratiques de prescription et la satisfaction des patientes.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale, prospective et qualitative réalisée dans onze maternités de la région de Dakar et quatre centres de rééducation fonctionnelle sur une période de cinq (5) mois, allant du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 avril 2018. Elle a été menée par le biais d'une enquête à l'aide d'un double questionnaire semi-structuré adressé aux prestataires officiant dans les maternités ciblées et aux patientes bénéficiaires ayant donné leur consentement. Les paramètres recueillis concernaient les connaissances des prestataires sur la rééducation périnéale du post-partum, leurs pratiques de prescription, les indications chez les bénéficiaires, les méthodes utilisées et leur niveau de satisfaction. Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels Sphinx V5, Excel 2010 et Epi info 7.

**Résultats :** les questionnaires ont été administrés à 31 patientes bénéficiaires et 213 prestataires. Les prestataires interviewés étaient essentiellement des sages-femmes (52,6%), des étudiants en cours de spécialisation en gynécologie-obstétrique (26,8%) et des gynécologues-obstétriciens (12,2%). Sur l'échantillon de 213 prestataires interviewés, 164 (77%) connaissaient l'existence de la RPP et 140 (85,3%) avaient pu citer au moins une méthode. La rééducation manuelle était la méthode la plus connue (40%) suivie de la Connaissance et Maîtrise du Périnée (33%) et de l'électrostimulation (23%). Seulement 67 prestataires (47,8%) conseillaient la rééducation périnéale du post-partum. Les motifs de non prescription les plus évoqués étaient l'oubli (20,5%), l'ignorance de la disponibilité de ce service à Dakar (30,1%) et l'absence de formation (6,8%). Concernant les patientes, aucune d'entre elles n'avait bénéficié d'une prescription systématique de rééducation périnéale du post-partum. Les principales indications étaient l'existence de douleurs périnéales (48,4%) et/ou d'une incontinence urinaire (45,2%). Dans la majorité des cas (74,2%), la rééducation périnéale avait débuté plus de 8 semaines après l'accouchement et la plupart des patientes (93,5%) avait bénéficié de 2 séances hebdomadaires. Dans 71% des cas, les patientes déclaraient être satisfaites et avaient l'intention de poursuivre les exercices enseignés.

**Conclusion :** L'amélioration de la disponibilité et de la prescription de la rééducation du post-partum à Dakar passe par une meilleure information des patientes et la formation continue des prestataires de soins des maternités.

**Mots clés :** Rééducation périnéale – Post-partum – Connaissances – Pratiques – Satisfaction – Dakar.

**PELVIC-FLOOR REHABILITATION IN THE POSTPARTUM: EVALUATION OF PROVIDERS' KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES AND PATIENT SATISFACTION IN DAKAR (SENEGAL)**

**SUMMARY**

**Objectives:** To determine the level of knowledge of maternity providers in Dakar about Pelvic-floor rehabilitation in the postpartum (PRP), assess their clinical practices and assess patient satisfaction.

**Materials and methods:** This was a cross-sectional, prospective and qualitative study carried out in eleven maternity hospitals in Dakar and four functional rehabilitation centres over a period of five (5) months, from 1<sup>st</sup> December 2017 to 30 April 2018. It was conducted through a survey using a semi-structured double questionnaire administered by an investigator to providers in targeted maternity hospitals and beneficiary patients who had given their consent. The parameters studied were providers' knowledge of pelvic-floor rehabilitation in the postpartum, their prescribing practices, indications among beneficiaries, methods used and the level of satisfaction. Data were analyzed using Sphinx V5, Excel 2010 and Epi info 7 software.

**Results:** We submitted the questionnaires to 31 patients and 213 providers. The providers interviewed were midwives (52.6%), students in gynaecology-obstetrics (26.8%) and gynaecology-obstetricians (12.2%). Of the sample of 213 claimants interviewed, 164 (77%) did not know about existence of the PRP and 140 (85.3%) were able to cite at least one method. Manual rehabilitation was the most well known method (40%) followed by Knowledge and Control of Perineum (33%) and electrostimulation (23%). Only 67 providers (47.8%) were giving advice on pelvic-floor rehabilitation in the postpartum. The most frequently cited reasons for non-prescription were forgetting (20.5%), ignorance of the availability of pelvic-floor rehabilitation in the postpartum in Dakar (30.1%) and lack of training (6.8%). As for the patients, none of them had received a systematic prescription for pelvic-floor rehabilitation in the postpartum. The main indications were perineal pain (48.4%) and/or urinary incontinence (45.2%). In the majority of cases (74.2%), pelvic floor reeducation had begun more than 8 weeks after delivery and most patients (93.5%) had received two weekly guided sessions. In 71% of cases, patients reported being satisfied and intended to continue with the exercises taught.

**Conclusion:** Improving the availability and prescription of pelvic-floor rehabilitation in the postpartum in Dakar requires better information for patients and continuing medical education for maternity care providers

**Keywords:** Pelvic-floor rehabilitation - Post-partum - Knowledge - Practices - Satisfaction - Dakar.