



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

# **Université de Lorraine**

## **École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz**

*Le choix de la méthode de rééducation périnéale :  
critères retenus par les sages-femmes libérales en  
2012.*

Mémoire présenté et soutenu par  
Sandra Villaume

Directeur de mémoire : Belgy Marie-Thérèse

Sage-femme enseignante

Expert : Challand Nadine

Sage-femme libérale

Promotion 2013



## REMERCIEMENTS

*Je remercie tout d'abord, Mme Marie-Thérèse Belgy sage-femme cadre enseignante pour m'avoir aidée à la réalisation de ce mémoire.*

*Je remercie également Mme Nadine Challand, sage-femme libérale pour son soutien, ses conseils et le temps qu'elle a pu me consacrer.*

*Je remercie enfin mes proches pour leur soutien et leur présence tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'étude.*

# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| Remerciements .....  | 3         |
| Sommaire .....   | 4         |
| Glossaire.....   | 6         |
| Préface.....   | 7         |
| Introduction .....   | 8         |
| <b>Partie 1 : La rééducation du périnée, les différentes méthodes et leurs caractéristiques et les indications. ....</b> | <b>10</b> |
| 1. Contexte et enjeux autour de la rééducation périnéale .....   | 11        |
| 1.1. Définition [35] .....   | 11        |
| 1.2. La place du corps médical dans la rééducation du périnée.....   | 11        |
| 1.3. Législation et rééducation.....   | 11        |
| 2. Le moyen scientifique : la méthode par sonde endo-vaginale.....   | 13        |
| 2.1. Définition [35] .....   | 13        |
| 2.2. Moyens utilisés [25 ; 35].....  | 13        |
| 2.3. Evaluation de la méthode [25].....  | 14        |
| 2.4. Apprentissage et enseignement de la méthode.....  | 15        |
| 2.5. Formations supplémentaires .....  | 16        |
| 2.6. La femme et la pratique de la méthode .....   | 17        |
| 3. Les méthodes empiriques. ....   | 18        |
| 3.1. La méthode « Connaissance et Maîtrise du périnée ».....   | 18        |
| 3.2. L'eutonie.....  | 23        |
| 3.3. Abdo-périnéo-Mg .....   | 25        |
| 4. Les indications d'une rééducation périnéale .....   | 28        |
| 4.1. Incontinence urinaire à l'effort [25 ; 31] .....  | 28        |
| 4.2. L'instabilité vésicale [31 ; 32] .....  | 28        |
| 4.3. Incontinence mixte [25 ; 31] .....  | 29        |
| 4.4. Anomalies urétrales fonctionnelles [31] .....   | 29        |
| 4.5. Le prolapsus [25] .....   | 29        |
| 4.6. Incontinence anale [19] .....   | 29        |
| 4.7. Le post partum [37 ; 42].....   | 29        |
| <b>Partie 2 : Description de l'étude et résultat. ....</b>   | <b>31</b> |
| 1. Méthodologie de l'étude.....  | 32        |
| 1.1. Objectifs .....   | 32        |
| 1.2. Hypothèses .....  | 32        |

|      |  |      |
|------|--|------|
| 1.3. | Type d'étude.....  | 33   |
| 1.4. | Population étudiée .....   | 33   |
| 1.5. | Echantillon .....  | 33   |
| 1.6. | Méthode .....  | 33   |
| 1.7. | Les points positifs de l'étude.....  | 36   |
| 1.8. | Les points négatifs .....  | 36   |
| 2.   | Description de l'étude .....   | 37   |
| 2.1. | Le parcours des sages-femmes .....   | 37   |
| 2.2. | La formation .....   | 37   |
| 2.3. | Pratiques professionnelles : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue .....               | 42   |
| 2.4. | Représentation du corps et communication : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue ..... | 43   |
| 2.5. | Aspects pratiques et économiques : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue .....         | 46   |
|      | Partie 3 : Discussion .....  | 47   |
| 1.   | Analyse des résultats .....  | 48   |
| 1.1. | Les techniques de rééducation pratiquées par les sages-femmes.....   | 48   |
| 1.2. | Les critères de choix communs à chaque technique.....  | 49   |
| 1.3. | Les critères inhérents au profil des patientes.....  | 50   |
| 1.4. | Les critères propres à la méthode .....  | 54   |
| 1.5. | Les formations en rééducation périnéale .....  | 56   |
| 2.   | Pistes d'améliorations .....   | 61   |
|      | Conclusion.....  | 62   |
|      | Bibliographie .....  | 64   |
|      | TABLE DES MATIERES.....  | 68   |
|      | Annexe 1.....  | I    |
|      | Annexe 2.....  | IV   |
|      | Annexe 3.....  | VI   |
|      | Annexe 4.....  | VIII |
|      | Annexe 5.....  | XI   |
|      | .....  |      |

# GLOSSAIRE

HAS : Haute autorité de santé

CMP : Connaissance et Maîtrise du périnée

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FIF-PL : Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux

PTEA : Pression Thoraco-Abdominale exercée à l'Effort

IUE : Incontinence Urinaire à l'Effort

LMD : Licence-Master-Doctorat

# PREFACE

Lors de mon cursus scolaire, j'ai découvert la rééducation périnéale et en particulier la pratique durant un stage de deuxième année auprès d'une sage-femme libérale. Cependant, j'ai appris suite aux échanges avec les personnels de santé mais aussi avec mes collègues de promotion l'existence de différentes méthodes.

Au cours de la troisième année, nous avons eu un enseignement théorique sur la rééducation périnéale. À l'issue de celui-ci, seule la méthode par sonde endo-vaginale et la méthode manuelle classique ont été abordées. Je me suis alors demandée en quoi consistait la pratique des autres techniques de rééducation.

À quelques reprises, lors de mes stages en suites de couches, certaines patientes m'ont demandé mon avis sur les différentes techniques proposées en rééducation périnéale mais également sur leur efficacité et leurs caractéristiques les unes par rapport aux autres. Il est vrai que je restais très vague dans mes réponses puisque j'étais en manque d'informations.

Les sages-femmes ont les compétences pour exercer la rééducation périnéale. Par ailleurs, il était pour moi nécessaire de connaître au mieux ces différentes techniques pour permettre une meilleure prise en charge dans ce domaine.

Je me demandais également comment choisir la méthode de rééducation que l'on souhaite pratiquer.

Je me suis donc intéressée à la pratique de la rééducation périnéale chez les sages-femmes libérales.

Le but de mon mémoire est d'acquérir des connaissances sur ce domaine et de mettre en avant les critères déterminants dans le choix des méthodes de rééducation dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes.

## *Introduction*

Le périnée est très sollicité au cours de la vie d'une femme. L'état de grossesse avec l'augmentation du volume de l'utérus ou les changements hormonaux lors de la ménopause ont une incidence sur les muscles du plancher pelvien et engendrent par la suite des troubles urinaires, anaux ou des dyspareunies.

La rééducation du périnée chez la femme connaît actuellement un développement considérable aussi bien dans les techniques utilisées que dans le nombre de patientes y ayant recourt. Effectivement, plus de trois millions de français sont concernés par l'incontinence urinaire. Elle est un véritable problème de santé publique puisque les troubles périnéo-sphinctériens ne touchent pas seulement les personnes âgées mais aussi un large public.

La rééducation périnéale a été introduite en France en 1980. La sage-femme est un interlocuteur privilégié auprès des femmes et elle est la seule avec les kinésithérapeutes à pouvoir pratiquer la rééducation. Elle joue un rôle primordial dans la dispense de la rééducation et aussi dans la prévention, au cours de la grossesse, des troubles périnéaux-sphinctériens. En effet, cette profession est autonome leur permettant ainsi d'exercer « la rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement » comme le stipule le code de santé Publique.

Actuellement, la rééducation périnéale peut s'effectuer par l'intermédiaire de diverses méthodes. Cependant, les études scientifiques effectuées portent essentiellement sur les méthodes par sondes endo-vaginales et manuelles classiques. A ce jour, les sages-femmes diplômées sont en mesure de pouvoir exercer la rééducation périnéale par l'intermédiaire de techniques instrumentales puisque les différentes formations leurs permettent l'apprentissage de ces techniques. Cependant, en ce qui concerne les autres méthodes plus empiriques, des formations supplémentaires devront être effectuées par les praticiens.

Le travail a pour but de mettre en évidence les critères déterminants dans le choix des méthodes de rééducation qu'utilisent les sages-femmes auprès de leurs patientes.

Une des premières hypothèses serait l'impact de la formation. Cependant, divers critères sont à prendre en considération sur le plan de la pratique professionnelle, de la

communication, du corps de la femme et enfin sur le plan économique.

Dans la première partie nous aborderons les différentes méthodes, leurs caractéristiques et enfin les indications d'une rééducation avec les méthodes employées.

La deuxième partie du mémoire aura pour objectif de présenter l'étude et ses résultats afin de relever les critères déterminants et d'évaluer le ressenti des sages-femmes sur la formation.

Dans la dernière partie, nous analyserons ces résultats, les confronterons à la littérature et rejeterons ou accepterons les diverses hypothèses.

*Partie 1 : La rééducation du périnée, les  
différentes méthodes et leurs caractéristiques et  
les indications.*

Dans cette partie, nous verrons tout d'abord les contextes et enjeux autour du périnée puis nous détaillerons les différentes méthodes de rééducation afin de connaître leur validité et leurs indications pathologiques.

# CONTEXTE ET ENJEUX AUTOUR DE LA REEDUCATION PERINEALE

## 1.1. Définition [35]

Depuis 1980, à la date où elle fût introduite en France par Alain Bourcier, la rééducation périnéale a connu diverses appellations telles que rééducation urogynécologique, rééducation périnéo-sphinctérienne, rééducation vésico-sphinctérienne... Actuellement, la rééducation va être à la fois pelvipérinéale et urogynécologique. Elle est également comportementale et musculaire.

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

## 1.2. La place du corps médical dans la rééducation du périnée

A ce jour, la rééducation périnéale peut être pratiquée à la fois par les kinésithérapeutes et les sages-femmes. D'après le Code de Déontologie, la sage-femme est habilitée à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne liée aux conséquences directes de l'accouchement [43].

## 1.3. Législation et rééducation

La rééducation périnéale a été remboursée intégralement par la Sécurité Sociale à partir de 1985. Ce remboursement concerne la période du post-partum. Au delà, la prise en charge par la Sécurité Sociale est de 70 %, le reste étant pris en charge par la mutuelle du patient [33]. Cette prise en charge a été un grand pas dans l'accès aux soins mais aussi dans la sensibilisation faite auprès des patientes.

Les recommandations de décembre 2002 de la Haute Autorité de Santé

préconisent la prescription de séances de rééducation dans le post-partum. L'HAS recommande de prescrire une dizaine de séances, pouvant être reconduites en cas d'amélioration insuffisante de la pathologie à traiter ou arrêtées avant la fin des dix séances en cas de résolution complète [1 ; 2]. Toutefois, d'après la littérature, le suivi et l'auto-prise en charge de la patiente dans le temps sont primordiaux [12 ; 25; 35].

Concernant la durée d'une séance de rééducation, la réglementation par la Sécurité Sociale mentionne qu'une séance doit durer trente minutes minimum. De plus avant 2001, la cotation des actes favorisait la rééducation par électrostimulation par rapport à la rééducation manuelle. En effet, le tarif était supérieur lors d'électrostimulation. Actuellement, la cotation est identique quelque soit la méthode.

# LE MOYEN SCIENTIFIQUE : LA METHODE PAR SONDE ENDO-VAGINALE

## 2.1. Définition [35]

Cette pratique comprend deux types d'exercices que sont le biofeedback et l'électrostimulation.

Pour le premier d'entre eux, c'est une technique de rééducation permettant une prise de conscience objective d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience. Il va permettre de restaurer le contrôle vésical en apprenant aux patientes à moduler les mécanismes de leur continence. Cette méthode se pratique par l'intermédiaire d'une sonde endo-vaginale et d'électrodes abdominales. Les patientes vont donc apprendre à contracter et à relâcher les muscles périnéaux en éliminant les contractions parasites (abdominales, adducteurs, fessiers). L'électrostimulation, quant à elle est un courant électrique qui va être appliqué au contact de la muqueuse vaginale. Il va stimuler et provoquer une contraction musculaire grâce à l'activation des nerfs gouvernant les muscles périnéaux. Dans ce cas de figure, la femme n'aura pas d'effort à fournir. L'électrostimulation permettra à la femme de ressentir la contraction et de localiser la zone à contracter.

## 2.2. Moyens utilisés [25 ; 35]

Cette méthode se pratique par l'intermédiaire d'une sonde endo-vaginale reliée à un ordinateur. Ce dernier, grâce à un logiciel approprié, permet au praticien d'adapter le traitement en fonction des besoins spécifiques de chaque patiente par l'intermédiaire de nombreux paramètres disponibles. Cette pratique peut entraîner un coût économique important lors de l'achat du matériel nécessaire et lors de son entretien par la suite.



Figure n°1 : Sonde endo-vaginale (source [www.perineeshop.com](http://www.perineeshop.com))

La rééducation se pratique sur plusieurs séances. Ces dernières sont prescrites deux à trois fois par semaine et durent environ trente minutes. La première séance est un moment d'échange et de dialogue avec le praticien. Lors de cette séance, un examen est également effectué afin de détecter d'éventuelles béances, cicatrices, doléances... C'est lors des séances suivantes que les exercices de rééducation proprement dits débutent.

## **2.3. Evaluation de la méthode [25]**

### **2.3.1. Au début de la séance**

A chaque début de séance, afin d'évaluer l'amélioration, le praticien procède à un toucher vaginal permettant l'évaluation de la tonicité musculaire appelé testing. Ce dernier permet d'évaluer la force des muscles périnéaux et leurs durances. Il permet d'obtenir une cotation de 0 à 5 et ainsi, suivre l'évolution de la première séance jusqu'à la dernière. L'évaluation se fait également par l'intermédiaire du ressenti de la patiente et de la résolution des troubles symptomatologiques. Afin de faciliter l'évaluation, la rééducation manuelle peut être pratiquée en parallèle lors des séances. Celle-ci permettant au praticien de ressentir sur ses doigts la contraction produite par la femme lors du toucher vaginal.

### **2.3.2. Durant la séance.**

La méthode par sonde endo-vaginale est facile d'utilisation et permet à la sage femme, grâce à un logiciel, de sélectionner différents modes selon la pathologie dont souffre la patiente. Le praticien vérifie la bonne contraction du muscle par l'intermédiaire de la représentation schématique de la force contractile retransmise sur l'écran. La patiente pourra elle-même, en regardant l'écran, vérifier l'efficacité de sa contraction et la rectifier si besoin. La prise de conscience des anomalies permet une autocorrection et l'appareillage un contrôle immédiat de la bonne correction.



*Figure n°2 : Système d'enregistrement Biofeedback (source : [www.promokine.com](http://www.promokine.com))*

## **2.4. Apprentissage et enseignement de la méthode**

La méthode par sonde endo-vaginale est le seul moyen scientifique reconnu à ce jour et qui a fait l'objet de diverses études. C'est pourquoi cette technique nous est actuellement enseignée à l'école de sage-femme. A l'issue du diplôme, la sage-femme doit être capable de pratiquer la méthode par sonde endo-vaginale et de prendre en charge dans sa globalité une patiente.

### **2.4.1. La formation théorique dispensée à l'école de sage-femme**

Depuis la mise en place de l'enseignement à l'école de sage-femme, on note une évolution de ce dernier. En effet, la formation théorique sur la rééducation du périnée n'a pas toujours été présente. Cela peut s'expliquer par l'introduction tardive de la rééducation périnéale en France en 1980 et de la prise en charge par la Sécurité Sociale en 1985. C'est pourquoi certaines sages-femmes n'ont pas eu dans leur cursus une formation initiale à la rééducation périnéale. En effet, d'après le décret 85 145 du 26 septembre 1985, c'est à partir de 1986 que des cours de gynécologie et sexologie ont été mis en place. Ces derniers incluaient des cours sur la rééducation périnéale.

Actuellement, la formation théorique s'effectue au cours de la 3<sup>ème</sup> année avec quatre heures de cours consacrés à la rééducation périnéale. A travers ces cours, plusieurs points sont abordés. En effet, un bref rappel de l'anatomie périnéale est effectué. De plus, la physiologie ainsi que la physiopathologie y sont enseignées. Les différentes indications sont détaillées avec leurs caractéristiques. La formation permet également d'acquérir des connaissances sur le bilan urodynamique. L'anatomie périnéale est en revanche davantage détaillée au cours de la première année d'école de sage-femme. Effectivement, des cours anatomiques sont dispensés ce qui permet d'acquérir et de maîtriser l'anatomie du périnée. Ces formations sont donc la base de la rééducation afin de connaître et mesurer l'impact sur les différents muscles.

Cette formation théorique est une base dans la bonne prise en charge des patientes et reste indispensable et nécessaire quelque soit la méthode pratiquée. Cependant, on peut se demander, si après deux heures de formation, l'apprentissage demeure suffisant. En effet, l'ensemble des points est cité mais ne peut être approfondi dans ce laps de temps.

## **2.4.2. La formation pratique dispensée pendant le cursus scolaire**

La formation pratique occupe une place importante dans l'acquisition de la maîtrise de la rééducation. En effet, c'est grâce à la pratique que la sage-femme acquiert de l'expérience mais aussi de l'assurance. Pour l'étudiant sage-femme, les stages permettent de découvrir la rééducation et de pouvoir débiter cette pratique. Comme dit précédemment, à l'issue du diplôme, la sage-femme peut pratiquer sans formation supplémentaire la rééducation par sonde endo-vaginale.

Actuellement, la formation pratique peut être abordée en deux temps. Dans un premier temps, au cours de la 3<sup>ème</sup> année à l'école de sage-femme, un stage intitulé « rééducation périnéale » est imposé. Ce stage dure une semaine et s'effectue soit au sein de la maternité rattachée à l'école de sage-femme dans le service rééducation périnéale soit auprès d'une sage-femme libérale. C'est le seul stage qui est réellement consacré à la rééducation.

Accessoirement, au cours de leurs études, les étudiants sage-femme peuvent être confrontés à la rééducation périnéale dans leur pratique. En effet, au cours de la première et quatrième année, un stage est effectué auprès de sages-femmes libérales. Cela permet ainsi de découvrir davantage la pratique de la rééducation, de se familiariser avec les différentes méthodes et d'acquérir de l'expérience en participant à la prise en charge globale d'une patiente durant les séances de rééducation.

Il y a encore peu de temps, la formation pratique en rééducation ne faisait pas partie du cursus scolaire. Effectivement, la rééducation s'est mise en place petit à petit depuis 1980 aussi bien auprès des professionnels que des femmes. Face à la demande des patientes et à la sensibilisation effectuée par le corps médical, les formations initiales ont donc dû évoluer et s'adapter, instaurant ainsi les stages de rééducation périnéale dans le cursus. Et c'est seulement depuis 2001 que des vacations d'urodynamique ont été mises en place pour évoluer vers les stages que nous connaissons à ce jour.

## **2.5. Formations supplémentaires**

Dans la pratique de la méthode par sonde endo-vaginale aucune formation supplémentaire n'est nécessaire avant de pouvoir pratiquer. Malgré tout, des formations viennent en complément des formations initiales dispensées pendant le cursus scolaire. Elle permet au praticien de pouvoir, à l'issue du stage, tester le périnée et d'orienter vers

des exercices pratiques, une rééducation manuelle, une rééducation par électrostimulation ou une rééducation par biofeedback selon le besoin. Elle permet surtout au thérapeute de pratiquer de façon autonome et sereine la rééducation par sonde endo-vaginale. Le praticien acquerra des notions sur la physio- pathologie périnéale.

Cette formation se déroule en quatre ou cinq jours et coûte de 880 euros et 1195 euros selon les organismes la proposant. Une prise en charge est possible par le FIF-PL ou dans le cadre de la convention avec la CPAM.

## **2.6. La femme et la pratique de la méthode**

### **2.6.1. L'aspect relationnel patient/soignant**

A travers cette pratique, une distance patient/soignant plus prononcée peut s'instaurer. En effet, le contact se faisant par l'intermédiaire d'une sonde endo-vaginale, l'intimité de la patiente peut être plus préservé que lors de méthodes se pratiquant par toucher vaginal. Cependant, le contact relationnel avec la femme n'en est pas plus limité si la sage-femme instaure un climat de confiance basé sur une bonne communication.

### **2.6.2. Le profil des patientes**

A travers cette technique, les patientes sont assez autonomes lors de l'exercice et l'interprètent de façon ludique. Cette méthode fait appel chez la femme à ses aptitudes visuelles et auditives. En effet, la patiente devra se concentrer sur l'écran afin de visualiser et de modifier sa contraction. Les exercices requièrent un travail physique. L'intégration mentale occupe une place moins importante dans l'élaboration des exercices. L'utilisation de sondes peut être réfractaire dans certaines pathologies telles que l'atrophie vaginale, la sécheresse des muqueuses ou encore lors de vaginisme. Cette pratique peut entraîner des doléances chez ces patientes. Ce qui peut par la suite avoir une répercussion telle que l'arrêt de la rééducation.

# LES METHODES EMPIRIQUES.

## 3.1. La méthode « Connaissance et Maîtrise du périnée »

### 3.1.1. Définition et objectif [30]

C'est une méthode de rééducation éducative créée par Dominique Trinh Dinh, sage-femme, dans les années 90.

La méthode « Connaissance et Maîtrise du Périnée » se base comme son nom l'indique sur une phase de connaissance de l'anatomie du périnée et une phase de maîtrise du périnée. En effet, cette rééducation a pour objectif principal d'optimiser l'autonomie périnéale à la fin de la rééducation. Cette technique vise à développer un travail moteur des muscles périnéaux entraînant par la suite une perception sensitive des différentes zones vaginales travaillées précédemment. L'ensemble de la sphère uro-génitale va être prise en charge à travers les différents exercices. Douze zones vulvo-vaginales vont être travaillées individuellement : la vulve avec les différents muscles de l'espace périnéal superficiel, la zone urétrale avec l'urètre et son sphincter strié, la zone vésico-utéro-cervicale comprenant le col vésical. Les neuf autres zones sont délimitées par les faisceaux du releveur de l'anus, les muscles coccygiens et les muscles obturateurs internes. Cet ensemble de muscles constitue en quelque sorte trois « hamacs » qui sont divisés chacun en une partie médiane, droite et gauche (il s'agit d'un travail moteur qui s'effectue grâce à un phénomène de visualisation de chaque zone musculaire).

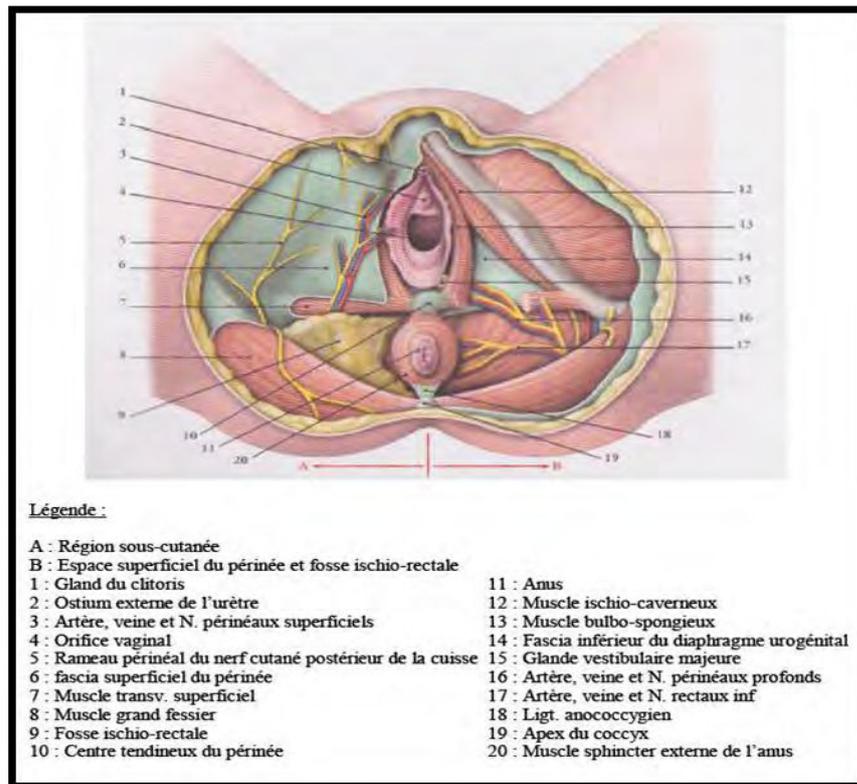


Figure n°3 : Périnée superficiel tiré de P.Kamina

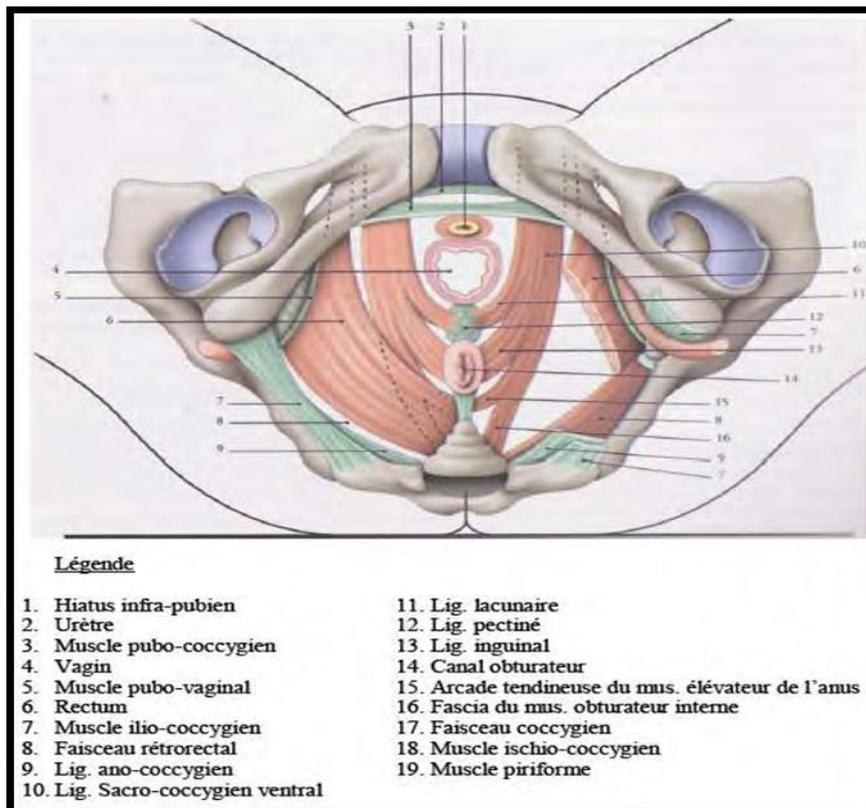
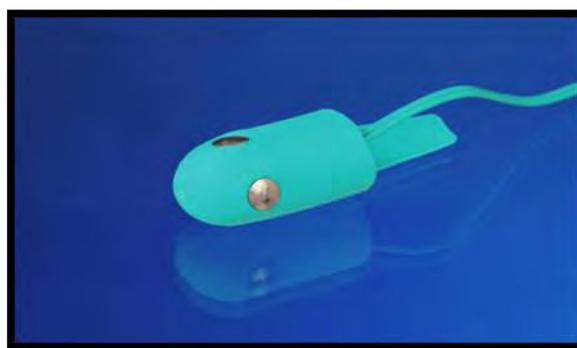


Figure n°4 : Diaphragme pelvien de P. Kamina

### 3.1.2. Moyens utilisés [30]

Comme l'explique Dominique Trinh Dinh dans son ouvrage, la pratique s'effectue par l'intermédiaire d'un toucher vaginal. La sage-femme va alors proposer différents exercices, chacun travaillant une zone musculaire périnéale. Ce travail va être possible grâce au phénomène de visualisation sélective de chaque zone musculaire. Le praticien caractérise chaque zone vaginale par une image, cette dernière va être visualisée par la patiente permettant ensuite par ce processus de visualisation de contracter la zone demandée. Le vagin est ainsi visualisé comme une grotte avec un plafond et des parois séparées en trois parties : une profonde, une moyenne et une superficielle constituant l'entrée du vagin. Le muscle releveur de l'anus va être travaillé par la visualisation de vagues partant de l'entrée de la grotte jusqu'au fond de celle-ci. Le travail des faisceaux iliaques du releveur de l'anus va s'intéresser à la partie moyenne de la grotte. Ils vont être mobilisés par des vagues partant d'une paroi de la grotte vers la paroi opposée et inversement. Les faisceaux pubo-rectaux entourant l'entrée du vagin vont être travaillés par la l'image du portail. La rééducation de la zone vulvaire va faire appel à différentes images permettant la visualisation. Le pont levis (muscle transverse superficiel), la herse (muscle bulbo-caverneux) et le concentrique aspiré (muscle constricteur de la vulve) permettent d'entraîner une fermeture de l'entrée du vagin et ainsi agir contre les béances vulvaires. Le sphincter de l'urètre est aussi travaillé par d'autres phénomènes de visualisation appelés petit élan et grand élan. L'électrostimulation musculaire ciblée peut également être utilisée en deuxième recours et ceci durant une période de trois à quatre minutes en plus des exercices habituels. Elle s'effectue par l'intermédiaire d'une sonde doigtier.



*Figure n°5 : Sonde doigtier pour électrostimulation (source : [www.materiel-sage-femme.com](http://www.materiel-sage-femme.com))*

A chaque séance, une nouvelle zone est travaillée. Le praticien intègre des exercices différents selon la symptomatologie. Le travail se fait de façon progressive

afin d'amener la femme vers une autonomie. Les séances durent 30 minutes et sont espacées de deux à trois jours permettant à la patiente d'effectuer ses exercices à domicile. Dans cette technique, le travail personnel de la femme est important. La perception des différentes zones musculaires requiert du temps et de l'entraînement.

Lors de la première séance de rééducation, le praticien reprend la description de l'anatomie du périnée ainsi que le rôle de chaque muscle. Il explique également le fonctionnement de la méthode. C'est aussi un temps d'échange et d'écoute permettant au soignant de reprendre les antécédents médicaux des patientes et le motif de la rééducation.

Lors de la deuxième séance, le praticien effectue un examen clinique à la recherche de cicatrices périnéales, d'éventuelles douleurs et recherche la présence de PTEA. Il montre également à la femme son anatomie intime en lui montrant les lèvres, le méat urinaire, l'orifice vaginal et l'anus.

### **3.1.3. Evaluation de la méthode**

#### ***Le calendrier des habitudes [38]***

Le calendrier des habitudes est effectué lors de la première séance afin d'évaluer les habitudes quotidiennes de la femme. Il reprend le nombre de mictions, quantité et horaire, la quantité de liquides ingérés, les tétées et leurs horaires en cas d'allaitement, la consommation de cigarettes, les différents aliments, la pratique de sport. Tous ces paramètres s'effectuent sur une durée de 24 heures. Ceci permet au praticien d'évaluer et d'identifier certaines pathologies comme l'instabilité vésicale, l'impériosité...et de corriger certaines mauvaises habitudes.

#### ***Par le testing [30]***

Le testing, dans cette pratique, ne va pas coter la contractilité globale du périnée mais de chaque zone musculaire. Il est effectué une fois par zone musculaire lors de la mise en place de l'exercice et de nouveau à la dernière séance de rééducation afin d'évaluer l'évolution. Le ressenti de la femme ainsi que la résolution des troubles permettent également de juger l'amélioration et donc l'efficacité de la rééducation.

### **3.1.4. Apprentissage et enseignement de la méthode**

Actuellement, les méthodes empiriques ne sont pas enseignées dans le cursus universitaire puisqu'elles ne sont pas reconnues scientifiquement. Cependant, elles peuvent être découvertes lors des différents stages effectués auprès des sages-femmes

libérales. Afin de les pratiquer, il est nécessaire d'effectuer une formation supplémentaire.

### **3.1.5. Formations supplémentaires [38]**

La formation « connaissance et maîtrise du périnée » comprend deux niveaux composés chacun de deux modules de quatre jours donc huit jours de formation par niveau. Elle est axée sur une pédagogie active et adaptée à la formation continue des praticiens. Le praticien sera formé à l'art du toucher vaginal, le principe de visualisation, l'approche de la notion de PTAE, des notions sur la prescription d'exercices quotidiens et l'apprentissage de l'utilisation de l'électrostimulation. La formation se base également sur des exercices pratiques avec toucher vaginal entre les participantes qui le souhaitent. C'est une méthode où la perception et le ressenti des contractions des différentes zones vaginales sont primordiaux. C'est pourquoi, il est conseillé de la maîtriser dans un premier temps sur son propre corps afin d'améliorer la reproductibilité sur les patientes par la suite. L'aspect pratique peut rebuter certains praticiens à effectuer cette formation.

Le coût de cette formation s'élève à 275 euros par jour en cas de formation continue et à 196 euros par jour lors d'inscription personnelle comme pour les sages-femmes libérales. Cependant, une prise en charge par le FIF-PL reste possible.

### **3.1.6. La femme et la pratique de la méthode**

#### ***L'aspect relationnel patient/soignant***

Dans la méthode CMP, s'effectuant par l'intermédiaire d'un toucher vaginal, la sage-femme va davantage entrer dans l'intimité de la patiente ce qui induira une approche différente avec cette dernière. Toute la méthode est basée sur le respect et l'écoute de la femme. Dans cette pratique, le temps de parole et les mots employés par le soignant occupent une place très importante dans la compréhension de la patiente et dans l'élaboration des exercices. La gestuelle accompagnera également le phénomène de visualisation. La concentration occupe également une place importante aussi bien du côté de la femme que du praticien. Les convictions du praticien envers cette méthode seront également un gage d'efficacité de la rééducation.

#### ***Le profil des femmes [30]***

La CMP, fait appel aux canaux visuels, auditifs et sensoriels de la femme. Elle demande à la fois une concentration physique et mentale. La barrière linguistique peut

être un obstacle à la pratique puisque l'échange verbal ne peut s'effectuer. Les patientes ayant des capacités de visualisation réduites peuvent avoir des difficultés dans cette pratique. Pour les patientes ayant des problèmes dans l'acceptation de leurs images corporels, la CMP peut permettre de faire connaissance avec leur corps mais aussi de l'accepter en faisant appel aux sensations ressenties. Cependant, afin d'optimiser l'efficacité de la méthode, il faut que la patiente se sente à l'aise pendant les séances de rééducation. Les patientes pudiques peuvent se sentir gênées dans cette pratique. Un paréo est proposé aux femmes afin de les recouvrir durant la séance de rééducation permettant ainsi d'optimiser leur détente. L'âge n'est pas un facteur en prendre en considération dans cette pratique, ce qui importe, c'est la capacité de la patiente à adhérer à la méthode.

## **3.2. L'eutonie.**

### **3.2.1. Définition et objectif [26]**

L'eutonie est apparue en 1957 et a été créée par Gerda Alexander. Elle traduit « une tonicité harmonieuse équilibrée et en adaptation constante, en rapport juste avec la situation ou l'action de vivre ». La rééducation du périnée fait partie d'un de ces champs d'applications. Selon l'ouvrage de Françoise Doucé en rééducation périnéale, l'eutonie aura pour objectif de rééquilibrer le corps et d'agir sur l'ensemble de la tonicité. C'est une technique d'éducation du mouvement. A l'inverse, des méthodes de rééducation, l'eutonie a pour but de relâcher le périnée. En effet, cette méthode se fonde sur l'hypothèse qu'un grand nombre des pathologies provient d'un excès de tensions musculaires émotionnelles et/ ou psychologiques.

### **3.2.2. Moyens utilisés [5]**

Différents types d'exercices, permettant un travail sur le tonus global corporel vont être effectués. L'objectif est de diminuer les tensions musculaires dans leur globalité.

L'eutonie se base également sur des exercices permettant la prise de conscience du bassin osseux favorisant la stabilité de ce dernier. Le travail sur la statique et les différents appuis du corps va permettre d'éviter de faire porter les efforts sur le périnée

et donc de le solliciter. Les exercices se font dans diverses positions : debout, assise, à quatre pattes, avec un ballon... Ils ont tous le même objectif : une prise de conscience de la mobilité du bassin. Par exemple, la position assise sur un ballon permet à la patiente de ressentir l'ensemble de la surface du périnée et d'apprécier sa détente globale. Dans cette pratique, aucun geste de soins ne touchera l'intimité de la patiente car aucun examen gynécologique n'est pratiqué. Les séances peuvent se faire en groupe ou en individuel.

### **3.2.3. Evaluation de la méthode**

L'évaluation de cette méthode se base essentiellement sur le ressenti des patientes. Aucun moyen n'est mis à disposition pour le praticien afin d'évaluer l'amélioration. Les exercices proposés seront adaptés et modifiés en fonction des besoins des patientes selon leurs ressentis et leurs sensations existantes.

### **3.2.4. Formations supplémentaires [40]**

La formation portant sur l'eutonnie se compose d'un travail de réflexion et d'une partie pratique majoritaire. L'eutonnie se base sur la prise de conscience du corps et tout particulièrement du bassin à partir de positions diverses. Différents supports matériels tels que des balles et ballons seront utilisés. La formation permet la mise en place d'un travail fonctionnel adapté au pré et post natal du périnée et sur les troubles génitaux urinaires. Ceci se déroulant dans l'équilibre et la globalité corporels. Par cette méthode, on instaure l'observation de la respiration et on acquière les diverses approches de la relaxation eutonnie.

La formation s'effectue en deux niveaux composés chacun de deux ou trois jours de formation selon les organismes. Le tarif varie entre 195 euros et 215 euros par jour. Une prise en charge par le FIF-PL peut-être accordée.

### **3.2.5. La femme et la pratique de la méthode**

#### ***La relation patient/soignant [5 ; 40]***

La relation patient/soignant se base sur l'écoute mais aussi sur l'accompagnement thérapeutique. Cette pratique est perçue comme une méthode ludique et créative pour le praticien lui-même ainsi que pour la femme. L'eutonnie permet ainsi la transmission de partage patient/thérapeute. A travers cette méthode, la

sage-femme s'intéresse et recherche les besoins psycho-physiologiques de la femme. La patiente est totalement active dans sa thérapie.

### ***Le profil des patientes***

Cette méthode fait appel à des capacités physiques par les divers exercices. Elle requiert également une liberté d'esprit permettant de laisser aller le corps dans chaque exercice afin d'être à l'écoute des diverses sensations. Les canaux sensitifs sont sollicités. L'efficacité de cette méthode repose sur l'implication de la patiente dans sa guérison. Cet apprentissage se fait dans le temps. La femme doit acquérir les différents exercices avant que le bénéfice puisse s'opérer. C'est pourquoi les femmes effectuant ce type de rééducation doivent être patientes et consciencieuses dans leur pratique. Elle peut convenir aux patientes ayant besoin de retrouver un équilibre corporel. Les patientes angoissées ou ressentant une tension corporelle peuvent trouver à travers l'eutonie un moyen de relaxation et ainsi agir sur leur tonus périnéal. Cette méthode peut être judicieusement proposée pour les patientes où l'examen gynécologique est douloureux ou source d'angoisse.

## **3.3. Abdo-périnéo-Mg**

### **3.3.1. Définition et objectif [41]**

L'Uro-Mg a différents champs d'application. C'est une méthode abdomino-périnéo-respiratoire qui va régler le dysfonctionnement. En rééducation périnéale, l'uro-Mg se base sur la récupération d'un périnée compétent dès que les abdominaux seront capables d'assurer un souffle tonique. Elle est donc faite en deuxième intention après la rééducation abdominale. Cette rééducation permet d'associer le souffle régulé dans l'embout spécifique à une stimulation périnéo-sphinctérienne. L'objectif est de récupérer la tonicité des muscles périnéaux et par la suite de les réintégrer dans de bons réflexes abdomino-périnéaux.

### **3.3.2. Moyens utilisés [41]**

A travers cette méthode, la prise en charge périnéo-sphinctérienne s'effectue par l'intermédiaire d'un embout d'exsufflation spécifique. Le suivi du souffle est représenté sur l'écran ainsi que la stimulation proprioceptive périnéale. Cette dernière est effectuée par l'intermédiaire d'une électrode posée sur le noyau tendineux périnéal. L'embout

d'exsufflation spécifique, appelé winnerflow, permet par l'intermédiaire d'une collerette réglable de 1 à 5 de choisir le calibre pressionnel adapté à chaque patiente.



Figure n°6 : Embout d'exsufflation (source : [www.abdo-mg.com](http://www.abdo-mg.com))

Figure n°7 : Stim flow

(source : [www.abdo-mg.com](http://www.abdo-mg.com))

Figure n°8 : Electrode (source : [www.abdo-mg.com](http://www.abdo-mg.com))

Les séances durent également 30 minutes et se font deux à trois fois par semaine. La première séance est un temps d'échanges, d'explications de la méthode et d'interrogations sur les éventuelles symptomatologies.

### 3.3.3. Evaluation de la méthode

L'évaluation de la méthode s'effectue sur le ressenti de la patiente et sur la résolution de ses troubles. Le praticien vérifie tout au long de la séance la qualité du souffle. En effet, une courbe est représentée sur l'écran permettant le contrôle par le praticien.

### 3.3.4. Formations supplémentaires [41]

La formation reprend le concept Abdomino-périnéo-MG à travers un récapitulatif sur la méthode, sa pratique, son principe et son matériel utilisé. L'application thérapeutique est revue également en détail. Une partie pratique est mise en place dans le but de permettre au praticien de se familiariser avec le matériel. Si le thérapeute choisit cette méthode, il devra participer à chaque formation continue traitant de l'évolution du concept dans le temps. Le coût de la formation Uro-MG s'élève à 290 euros pour deux jours de formation.

### **3.3.5. La femme et la méthode**

#### ***La relation patient/soignant***

A travers cette méthode, le contact direct patient/soignant est plus pauvre. La patiente est autonome dans sa rééducation. Cependant, le praticien aura un rôle important dans l'apprentissage du souffle auprès de la femme.

#### ***Le profil des patientes [41]***

Cette pratique fait appel aux capacités physiques de la femme à travers son souffle. Elle demande peu de concentration mentale une fois l'intégration du souffle effectuée. Pour les personnes ayant des problèmes cardiaques et portant un pace maker, l'utilisation de l'appareil avec stimulation est contre-indiquée. Pour une efficacité optimale, il est primordial de travailler les exercices à domicile. La femme doit être consciencieuse et rigoureuse dans sa pratique.

En définitive, chaque méthode est différente aussi bien dans sa modalité de fonctionnement que dans son approche auprès des femmes.

# LES INDICATIONS D'UNE REEDUCATION PERINEALE

Il existe de nombreuses indications aussi bien gynécologiques qu'obstétricales. On note l'importance du choix du protocole de rééducation à mettre en place au cas par cas.

## 4.1. Incontinence urinaire à l'effort [25 ; 31]

La rééducation sera différente selon l'intensité et le mécanisme de l'IUE. En effet, toutes les techniques de rééducation ont leur place mais elles seront combinées de manière différente dans chaque cas. Lors de défaut de transmission, elle aura pour objectif de renforcer les releveurs, l'apprentissage du verrouillage d'effort, tout cela par l'intermédiaire du biofeedback, de la rééducation manuelle, de la CMP en insistant tout particulièrement sur la composante à l'effort. Lors de l'abolition totale de la commande musculaire, la stimulation électrique pourra être utile. Dans ce cas présent, l'électrostimulation peut être utilisée par les sages-femmes pratiquant la CMP par l'intermédiaire d'une sonde doigtier émettant elle aussi du courant de faible intensité ou par la sonde-endo-vaginale pour celles pratiquant cette méthode.

## 4.2. L'instabilité vésicale [31 ; 32]

La rééducation sera basée sur l'apprentissage de l'utilisation du réflexe inhibiteur uretro-vésical et sur sa stimulation. Elle nécessite une approche particulière puisqu'elle répond mal au traitement d'incontinence d'effort à laquelle elle peut être associée. Dans un premier temps, l'électrostimulation à fréquence plus basse (20 Hz) tient une place importante dans ce type de rééducation. Puis, elle sera associée secondairement à des exercices volontaires par biofeedback, à des exercices manuels, afin de ré-entraîner le réflexe inhibiteur uréthro-vésical.

### **4.3. Incontinence mixte [25 ; 31]**

Le thérapeute devra traiter la composante dominante puisqu'elle associe instabilité vésicale et incontinence urinaire à l'effort. Après le traitement de la première symptomatologie, la seconde devra également être traitée.

### **4.4. Anomalies urétrales fonctionnelles [31]**

Elles peuvent être simplement améliorées par l'utilisation du biofeedback ou par des exercices de rééducation manuelle.

### **4.5. Le prolapsus [25]**

La rééducation ne permettra pas la réintégration du prolapsus mais peut limiter son aggravation. Elle apporte une amélioration des symptômes du prolapsus et permet une élévation du tonus de base. L'apprentissage du verrouillage à l'effort par l'intermédiaire des différents exercices sera mis en place en fonction de la méthode choisie (CMP, sonde endo-vaginale). La patiente devra acquérir cet automatisme indispensable dans son hygiène de vie. L'électrostimulation n'est justifiée que si les releveurs sont très insuffisants ou si il se surajoute une insuffisance sphinctérienne importante au prolapsus.

### **4.6. Incontinence anale [19]**

La rééducation périnéale peut améliorer les troubles à type d'incontinences fécales (gaz, matières solides). Les techniques manuelles pourront ainsi aider à la prise de conscience du muscle. Le biofeedback est également une excellente indication pour ce travail. L'électrostimulation quant à elle ne devra pas être utilisée de façon isolée. Lors de mauvaises images corporelles ou de contractions faibles, l'électrostimulation permet une prise de conscience du mouvement par la patiente en provoquant une contraction ressentie.

### **4.7. Le post partum [37 ; 42]**

La rééducation du périnée doit être envisagée même lors d'accouchement eutocique puisque l'accouchement entraîne un étirement et un relâchement périnéal.

Ainsi, la prise en charge se fera selon la présence ou non de symptomatologie. En cas d'absence de pathologie, le biofeedback ou la rééducation manuelle classique ou par CMP pourront être utilisés afin d'effectuer un renforcement musculaire et de permettre à la femme de prendre conscience de ses muscles dans le but d'acquérir le verrouillage à l'effort. L'électrostimulation est quant à elle déconseillée lors de lésions nerveuses dans les six à douze mois suivant l'accouchement.

D'après la littérature et de nombreuses études [12 ; 13 ; 17], l'efficacité supérieure d'une méthode par rapport à une autre n'a pas été démontrée. Cependant, l'efficacité étudiée à travers ces études ne concerne que les méthodes utilisant la sonde endo-vaginale avec ses différents programmes et la méthode manuelle classique. Il n'existe actuellement pas d'étude sur l'efficacité des méthodes empiriques comme la CMP, l'eutonie... Mais, ce seront les exercices internes à la méthode qui feront la réussite de la rééducation. Cependant, pour plusieurs indications, il est tout de même recommandé d'associer les méthodes pour une meilleure efficacité.

La base de ces méthodes sera la même. Les motifs de rééducation ne seront pas un critère de choix de la méthode mais un critère dans le choix des exercices propres à la méthode. En effet, la rééducation repose sur des enchaînements d'exercices qui seront adaptés à chaque symptomatologie. Cependant, c'est au niveau de la forme que chaque méthode se différenciera. C'est pourquoi, il est donc intéressant de se demander quels vont être les critères qui vont déterminer le choix de la méthode de rééducation ?

## *Partie 2 : Description de l'étude et résultat.*

Après avoir abordé les différentes méthodes, leurs aspects et leurs pratiques et les indications d'une rééducation périnéale, intéressons nous à présent aux critères déterminants dans le choix de la méthode de rééducation auprès des sages-femmes. Nous verrons dans un premier temps la méthodologie de l'étude et dans un second temps nous décrirons les résultats.

# 1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.

## 1.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les différents critères déterminants dans le choix de la méthode de rééducation auprès des sages-femmes. La visée secondaire est de montrer l'intérêt ou non d'une évolution des contenus et des compétences dans le référentiel de la formation des sages-femmes.

## 1.2. Hypothèses

A l'issue de l'étude, il s'agit de valider ou d'exclure les hypothèses suivantes :

### Hypothèses inhérentes aux formations :

- H1 : La formation est un critère déterminant dans le choix de la méthode.
- H2 : La formation permet à l'issue du diplôme de prendre en charge une patiente en rééducation périnéale dans sa globalité.

### Hypothèses inhérentes aux choix de la méthode :

- H3 : Les critères déterminants dans le choix de la méthode sont inhérents à la sage-femme elle-même.
- H4 : L'aspect économique est un critère intervenant dans le choix de la méthode de rééducation auprès des sages-femmes.

### Hypothèse inhérente aux sages-femmes elles-mêmes :

- H5 : Leurs pratiques professionnelles se basent sur leur formation continue.

### Hypothèses inhérentes à la patiente :

- H6 : Le profil des patientes est un critère important dans le choix de la technique de rééducation.
- H7 : Les pathologies dont souffre la patiente entraînent une modification et une adaptation de la méthode.

### **1.3. Type d'étude**

L'étude réalisée est une analyse de pratiques professionnelles dont le mode de recueil est le questionnaire.

### **1.4. Population étudiée**

La population source est représentée par des sages-femmes pratiquant la rééducation périnéale en secteur libéral.

La population cible est un échantillon composé des sages-femmes libérales pratiquant la rééducation périnéale.

### **1.5. Echantillon**

L'échantillon compte soixante dix sages-femmes exerçant en libéral.

Le critère d'inclusion comprend les sages-femmes libérales pratiquant la rééducation du périnée.

Les critères d'exclusion sont donc les sages-femmes pratiquant la rééducation périnéale dans un centre hospitalier, les sages-femmes libérales échographistes pures, les sages-femmes libérales ne pratiquant pas de rééducation périnéale ainsi que les sages-femmes de sexe masculin.

### **1.6. Méthode**

#### **1.6.1. Modalité de recueil**

Le recueil s'est effectué par un auto-questionnaire rempli par les sages-femmes.

#### **1.6.2. Description de l'action**

Le questionnaire a été envoyé par voie postale durant la semaine du 4 au 10 juin 2012. A cette date, soixante dix questionnaires ont été postés.

Dans le courrier, a été jointe au questionnaire, une note explicative reprenant : le thème, le sujet de la recherche, les objectifs ainsi que mes coordonnées.

Une date limite de retour fixée au 2 juillet 2012 a été inscrite sur le questionnaire afin de pouvoir par la suite me laisser du temps d'effectuer une relance. Enfin, une enveloppe timbrée a été rajoutée afin que les Sages-femmes puissent le retourner sans frais.

### **1.6.3. Données collectées**

Par l'intermédiaire du questionnaire (*Annexe 1*), les informations recueillies sont les suivantes :

- **Générales** : année d'obtention du diplôme, année d'installation en libéral, âge, pratique personnelle de rééducation.
- **Leurs formations** : formations supplémentaires effectuées depuis l'obtention du diplôme, l'impact des formations dans le choix de leurs méthodes, leur ressenti sur la formation théorique et pratique dispensée à l'école de sages-femmes. Ces informations sont nécessaires afin de pouvoir traiter les hypothèses H1, H2, H5.
- **Les méthodes pratiquées** : sonde endo-vaginale avec électrostimulation et biofeedback, manuelles, CMP, eutonie, Uro-Mg. Ces informations sont primordiales afin de pouvoir mettre en relation les différents critères et les méthodes pratiquées.
- **Les critères qui vont entrer en compte dans leurs choix** :
  - les critères propres aux pratiques professionnelles (à corrélérer avec l'H7, H3) c'est-à-dire selon :
    - ✚ l'indication : les méthodes employées sont elles adaptées, qu'il s'agisse d'instabilité vésicale, d'IUE, incontinence urinaire mixte, de prolapsus, incontinence anale de rééducation lors du post-partum, hypotonie périnéale.
    - ✚ l'expérience de la sage-femme.
    - ✚ la maîtrise de la méthode.

- ✚ les connaissances acquises sur la technique de rééducation.
- les critères liés à la représentation du corps et à la communication (à corréler avec l'H6, H3) c'est-à-dire selon :
  - ✚ la compréhension de la patiente.
  - ✚ la volonté à préserver l'intimité de la patiente.
  - ✚ la volonté d'instaurer une distance soignant/patient.
  - ✚ l'adaptation de la patiente à la méthode.
  - ✚ la volonté de la patiente d'avoir recours à une méthode en particulier.
- les critères liés à l'aspect pratique et économique (à corréler avec l'H4) c'est-à-dire :
  - ✚ le coût financier lié à la mise en place de la méthode et de son suivi.
  - ✚ le temps passé par patiente durant une séance.

#### **1.6.4. Le choix du type de questions**

Le questionnaire comprend différents types de questions :

- Questions fermées uniques dont une seule réponse est possible parmi les modalités proposées.
- Questions fermées multiples dont plusieurs réponses sont possibles parmi les modalités proposées.
- Questions fermées échelles dont une seule réponse est possible parmi les modalités proposées. Celles-ci s'étalant sur une échelle de valeurs « pas du tout, plutôt non, plutôt oui, tout à fait ».

- Questions numériques.

Ce choix de questions a été effectué dans l'objectif de faciliter la collecte de données quantitatives, permettant à la fois un remplissage rapide pour les sages-femmes et une saisie des données rapides pour moi en vue d'une analyse ultérieure.

Afin d'être efficace dans mon étude, j'ai opté pour une approche dite en « entonnoir » permettant d'augmenter graduellement la spécificité des questions.

### **1.6.5. Recueil de données**

54 questionnaires retournés sont recensés à la fin de l'étude, soit 77% de taux de réponses. Je compte 51 questionnaires remplis soit 94% de réponses exploitables, 3 questionnaires non exploitables car remplis partiellement ou biaisés.

Le recueil de données s'est fait directement par saisie informatique par l'intermédiaire du logiciel « Sphinx ».

## **1.7. Les points positifs de l'étude**

Le taux de retour important est un premier point positif dans la réalisation de l'étude. Il a été renforcé par l'aspect logistique de l'étude puisqu'une enveloppe retour affranchie était jointe au questionnaire et par le temps nécessaire au remplissage de ce dernier. Malgré un nombre relativement important de questions, le temps requis pour remplir le questionnaire était de 5 à 10 minutes. Celui-ci a été facilité par le choix de différents types de questions.

Le questionnaire a permis des réponses complètes et précises dans la mesure où peu de sages-femmes ont eu besoin d'apporter des éléments que j'aurais omis de mentionner dans le questionnaire tels que des oublis ou des difficultés de compréhension.... Ceci m'a permis de saisir au mieux mes données par la suite.

## **1.8. Les points négatifs**

Le fait de mentionner une date butoir pour le retour des questionnaires a pu limiter le taux de participation. Sachant qu'ils ont été envoyés durant la période mi juin-début juillet, il est possible que certains praticiens soient en congés. Cependant, pour des questions d'organisation, il m'était impossible de les envoyer plus tard.

# DESCRIPTION DE L'ETUDE

## 2.1. Le parcours des sages-femmes

Parmi les praticiens interrogés, 33 % ont été diplômés entre 1991 et 2000, 25 % entre 2001 et 2011, 21 % entre 1970 et 1980 et 19 % entre 1981 et 1990.

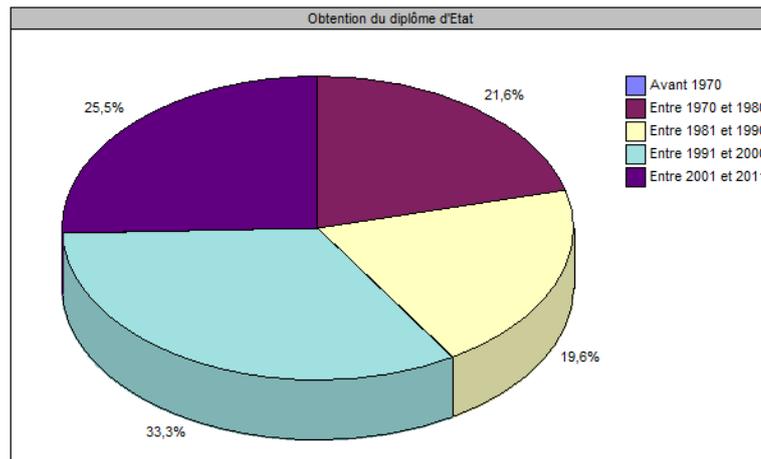


Figure n°9 : année d'obtention du diplôme d'état.

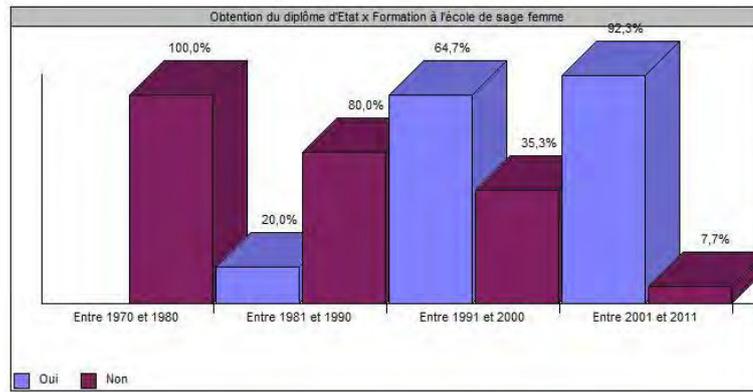
Concernant l'installation en libéral, 43 % d'entre elles se sont installées depuis 5 à 10 ans, 23,5 % depuis moins de 5 ans, 21 % depuis 10 à 15 ans et 12 % depuis plus de 15 ans.

Parmi les sages-femmes interrogées, 62,7 % d'entre elles ont pratiqué à titre personnel une rééducation périnéale. 84,4 % jugent que leur expérience personnelle de la rééducation a influé sur leur propre pratique de la rééducation.

## 2.2. La formation

### 2.2.1. Formation initiale théorique

Sur 51 sages-femmes interrogées, on compte autant de praticiens ayant reçu une formation théorique à l'issue du diplôme que de praticiens n'en ayant pas reçu. La formation théorique comportait pour toutes de l'anatomie, pour 80% de la physiologie, pour 60 % de la physiopathologie, pour 40 % les techniques de rééducation et pour 8 % la prise en charge des patientes.

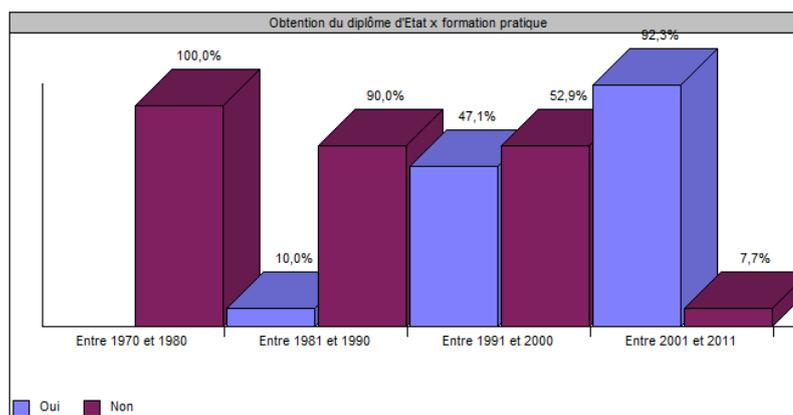


**Figure n°10 : formation initiale théorique reçue en fonction de l'année d'obtention du diplôme.**

Nous pouvons voir à l'égard du graphique ci-dessus qu'il existe un lien entre la formation théorique reçue et l'année d'obtention du diplôme. On constate que 20% des sages-femmes diplômées entre 1981 et 1990 ont reçu une formation initiale. Le pourcentage de formation théorique reçue augmente avec l'année d'obtention du diplôme. Ceci s'explique par la mise en place des formations initiales théoriques à partir de 1986 entraînant donc une diminution du nombre de praticiens n'ayant pas reçu de formation. On constate qu'entre 1991 et 2000, 35.5 % des personnes disent ne pas avoir eu de formation dispensée, ceci se retrouvant également entre 2001 et 2011 pour un taux de 7.7%.

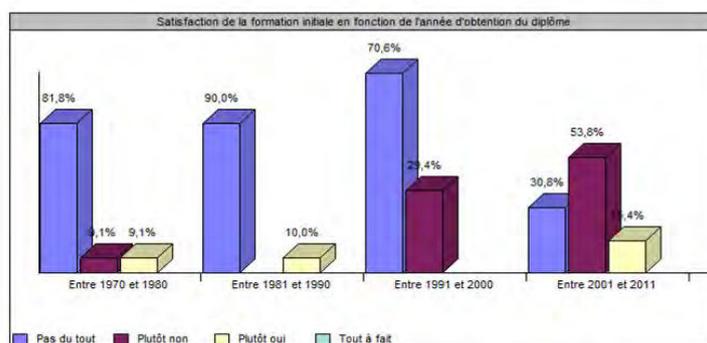
### **2.2.2. Formation initiale pratique**

59 % des sages-femmes n'ont pas eu de formation pratique pendant leur cursus scolaire. Pour celles ayant eu une formation pratique, 85 % l'ont jugée insuffisante (*Annexe 2 figure n°2*). On constate également un lien entre l'année d'obtention du diplôme et la formation pratique reçue. Entre 2001 et 2011, ce lien est très significatif. 92.3 % des sages-femmes ont eu une formation pratique durant leur cursus. Ces résultats sont en accord avec la mise en place de vacations de rééducation en 2001.



**Figure n°11 : formation initiale pratique reçue en fonction de l'année d'obtention du diplôme.**

De manière générale, 92 % des praticiens interrogés jugent la formation reçue durant le cursus scolaire insuffisante pour prendre en charge intégralement une patiente en rééducation du périnée à l'issue du diplôme (*Annexe 2 figure n°1*). Parmi les praticiens diplômés entre 2001 et 2011, qui ont donc eu une formation initiale pratique et théorique dispensée pendant leur cursus, 84.6% la juge insuffisante contre 15.4% plutôt suffisante. Pour les diplômés entre 1991 et 2000 ayant reçu que la formation théorique, la totalité juge la formation insuffisante. D'après le test de chi2, la dépendance est significative.



**Figure n°12 : satisfaction des sages-femmes sur leur formation initiale en fonction de l'année d'obtention du diplôme.**

| Votre formation initiale<br>Obtention du diplôme d'Etat | Pas du tout  | Plutôt non   | Plutôt oui  | TOTAL       |
|---|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Entre 1970 et 1980                                      | 81,8%        | 9,1%         | 9,1%        | 100%        |
| Entre 1981 et 1990                                      | 90,0%        | 0,0%         | 10,0%       | 100%        |
| Entre 1991 et 2000                                      | 70,6%        | 29,4%        | 0,0%        | 100%        |
| Entre 2001 et 2011                                      | 30,8%        | 53,8%        | 15,4%       | 100%        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>66,7%</b> | <b>25,5%</b> | <b>7,8%</b> | <b>100%</b> |

La dépendance est significative.  $\chi^2 = 14,02$ , ddl = 6, 1-p = 97,06%.

Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Figure n°13 : tableau de Khi 2 permettant d'évaluer la dépendance entre la satisfaction des sages-femmes sur leur formation initiale et l'année d'obtention du diplôme.

### 2.2.3. Formations supplémentaires

Depuis leur installation en libéral, 96.1 % des sages-femmes ont effectué une ou plusieurs formations supplémentaires (Annexe 2 figure n°3). Parmi ces dernières, la formation CMP a été effectuée par 69.5 % des sages-femmes et est donc en définitive la plus choisie. L'eutonie représente 32.6 % des formations effectuées. Les autres formations (47.8 %) sont représentées par les formations uro-mg, rééducation classique reprenant la méthode par sondes endo-vaginales. On constate, par le graphique ci-dessous, qu'à l'issue du diplôme plus d'un tiers des sages-femmes ont effectué d'autre formation supplémentaires. Celles-ci ont été de type rééducation classique.

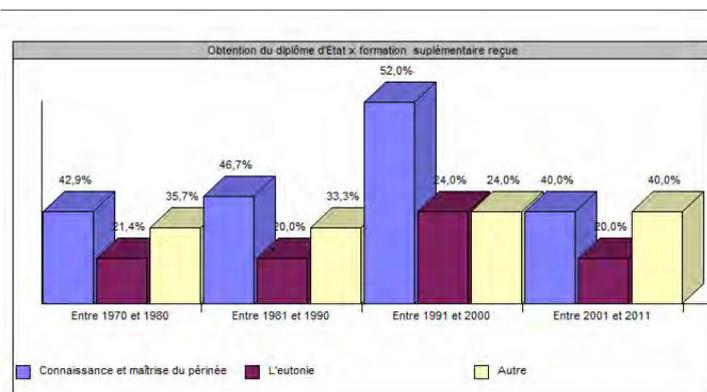


Figure n°14 : type de formations supplémentaires effectuées en fonction de l'année d'obtention du diplôme.

### 2.2.4. Les raisons motivant la volonté d'effectuer des formations supplémentaires

Le besoin d'améliorer les connaissances théoriques est une raison motivant le choix d'effectuer une formation supplémentaire pour 86.3 % des praticiens. La volonté d'améliorer la pratique est une des raisons justifiant la formation pour 96.1 % des sages femmes. La curiosité intellectuelle représente 78.5 % des motivations.

Pour celles n'ayant pas effectué de formations supplémentaires, les raisons principales étaient le manque de temps à 66.7% et le coût financier pour 33.3%.

### **2.2.5. Nombre de formations supplémentaires effectuées par les praticiens**

60.8 % des sages-femmes ont effectué 1 à 3 formations supplémentaires, 25.5% entre 4 et 5 et 9.8% plus de 5. Seulement 4 % n'en ont pas effectué. 86.3 % des praticiens ont l'intention d'effectuer d'autres formations concernant la rééducation périnéale dans les prochaines années.

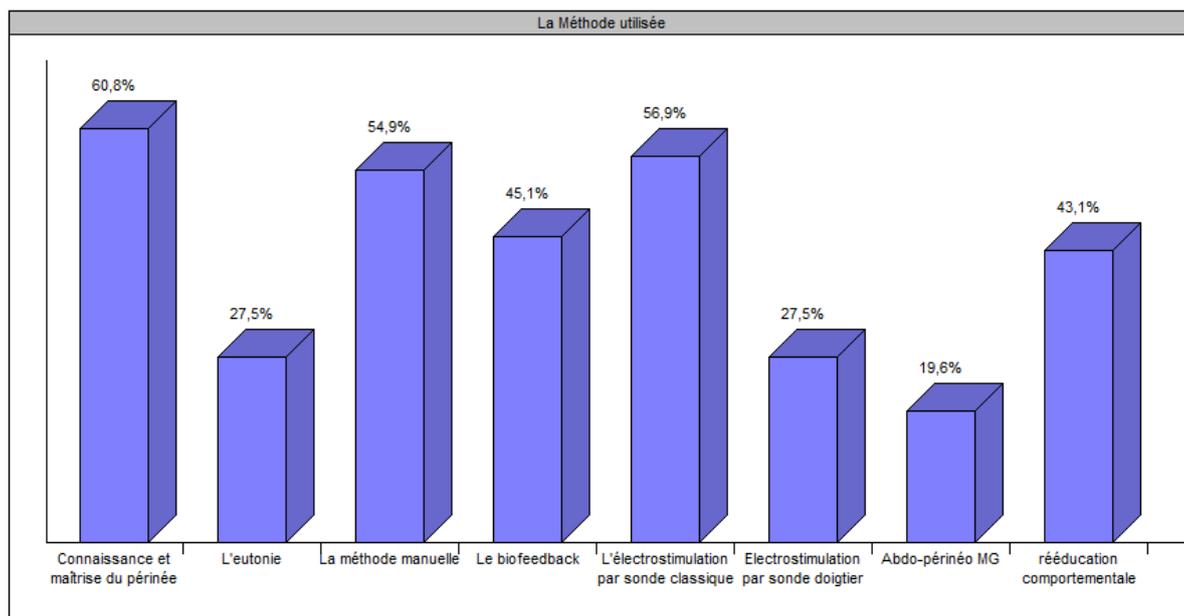
### **2.2.6. Adaptation et modification des pratiques depuis la formation supplémentaire**

92 % des praticiens ont adapté ou modifié leur pratique depuis la formation initiale. La prise en charge est la motivation la plus citée (84.3 %). L'amélioration des résultats et la volonté de porter un meilleur intérêt au travail représentent respectivement 60.8 % et 47.1% des motivations. La diversification de l'offre de soins représente 29.4% des raisons justifiant l'adaptation.

Pour les 8 % des praticiens ne modifiant pas leur pratique, les raisons majoritaires, à pourcentage égal, furent le manque de mise en pratique et une formation initiale reçue suffisante.

### **2.2.7. Les méthodes pratiquées**

Les méthodes les plus pratiquées sont la CMP (60 %), la méthode par sonde endo-vaginale avec le biofeedback et l'électrostimulation par sonde classique (56.9 % et 45.1%) et la rééducation comportementale (43.1%). L'eutonie, l'abdo-périnéeo mg et l'électrostimulation par sonde doigtier sont pratiqués par moins de 30% des sages-femmes. Cependant, on note que la majorité des sages-femmes pratique plusieurs méthodes. Ceci est en accord avec certaines études préconisant l'utilisation de plusieurs méthodes pour une meilleure efficacité.



**Figure n°15 : les méthodes de rééducation périnéale pratiquées par les sages-femmes libérales.**

Pour la majorité des sages-femmes, la pratique se base de façon majoritaire sur leur formation continue à 60.8 %. L'expérience est la base de la pratique pour 39.2 %. Aucune pratique ne se base sur la formation initiale (*Annexe 2 figure n°4*).

Plus de la moitié des praticiens (56.9 %) se sentent à l'aise dans la pratique de la rééducation seulement après avoir effectué des formations supplémentaires et 35.3 % après avoir acquis de l'expérience. Ces résultats rejoignent les résultats précédents.

47.1 % des sages-femmes se sont senties à l'aise dans leur pratique durant leur première année d'exercice, pour 31.4 % cette aisance est apparue dans le courant de la deuxième année.

De manière générale, pour 96.1% des sages-femmes la formation est un critère déterminant dans le choix de la méthode de rééducation.

## **2.3. Pratiques professionnelles : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue**

### **2.3.1. Critères inhérents à la sage-femme elle-même**

L'expérience est un critère très important dans le choix de la méthode pour 52.9 % des praticiens. 43.1 % le jugent assez important contre 2 % peu important (*Annexe 3 figure n°1*).

Pour 62.7 %, la maîtrise de la méthode est un critère très important. 35.3% le jugent assez important contre 2 % peu important (*Annexe 3 figure n°2*).

Concernant les connaissances acquises sur la technique, 58.8 % jugent ce critère comme très important, 39.2 % assez important et 2 % peu important (*Annexe 3 figure n°3*).

### **2.3.2. Les pathologies des patientes**

49 % des sages-femmes considèrent les pathologies des patientes comme un critère très important dans le choix de leur méthode. 35.3 % le trouvent assez important. En revanche, 15.7 % caractérisent les pathologies comme un critère peu important dans le choix de la méthode (*Annexe 3 figure n°4*).

Pour les praticiens trouvant ce critère important, ils adaptent leurs méthodes en fonction de la pathologie. C'est lors de prolapsus que la méthode est la plus modifiée ou adaptée par les sages-femmes (78%). A pourcentage égal, viennent ensuite l'IUE, incontinence anale, impériosité, hypotonie périnéale (62%). Près d'un praticien sur deux (46.8%) adapte ou modifie la méthode lors d'incontinence urinaire mixte.

En définitive, tous les critères concernant la pratique professionnelle sont déterminants dans le choix de la méthode pour les sages-femmes.

## **2.4. Représentation du corps et communication : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue**

### **2.4.1. La compréhension de la patiente**

Ce critère est jugé de façon majoritaire comme très important dans le choix de la méthode (66.7 %). 23.5 % le considèrent comme assez important. En revanche, pour 9.8 % ce critère est peu important (*Annexe 4 figure n°1*).

D'après le graphique ci-dessous, toutes les sages-femmes trouvent ce critère déterminant lorsqu'elles pratiquent la CMP, l'eutonnie, électrostimulation par sonde doigtier, Uro-Mg et la rééducation comportementale. Pour les 9.8 % des sages-femmes trouvant ce critère peu important, elles pratiquent, pour la majorité, la méthode de

rééducation par sonde endo-vaginale. D'après le test du chi2, la dépendance est très significative.



Figure n°16 : l'importance de la compréhension de la patiente en fonction de la méthode pratiquée.

Pour celles trouvant ce critère important, 95.7 % détaillent à la patiente leur méthode avant la pratique.

#### 2.4.2. L'adaptation de la patiente à la méthode

86.2% considèrent que l'adaptation de la patiente à la méthode est un critère important dans le choix de la méthode (*Annexe 4 figure n°2*).

Parmi ces praticiens, 77 % d'entre eux adaptent la méthode à la patiente en fonction de la pudeur, à pourcentage égal en fonction de l'âge et de la langue parlée (61.3%) et enfin en fonction de la culture de la patiente pour 47.7% d'entre eux. Certains facteurs physiques entraînent également une adaptation de la méthode par les praticiens. C'est le cas pour le vaginisme à 90 %, l'atrophie vaginale à 73.8% et la sécheresse vaginale à 61.9%.

#### 2.4.3. La volonté de la patiente d'avoir recours à une certaine méthode

Deux tiers considèrent ce critère important (66,74 %) (*Annexe 4 figure n°3*). Cependant, seulement 61.1 % ont déjà pratiqué une autre méthode que celle pratiquée habituellement dans le but de respecter la volonté de la patiente.

#### 2.4.4. L'image que la patiente a de son corps

Pour 80.4% des sages-femmes, ce critère est important dans le choix de la méthode (*Annexe 4 figure n°4*).

On constate, que l'image du corps est surtout important dans la pratique de la méthode CMP associée à l'électrostimulation par sonde doigtier et l'eutonie.

En revanche, ce critère demeure moins important pour les méthodes par sondes endo-vaginales.

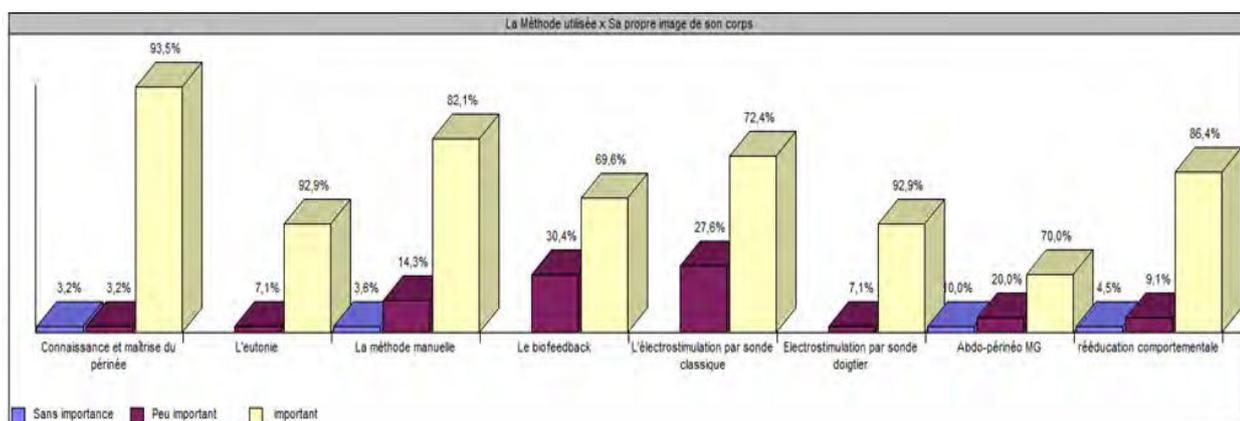


Figure n°17 : l'importance de l'image corporelle en fonction de la méthode pratiquée.

En effet, 90.2 % des sages-femmes trouvant ce critère important, pratiquent des rappels anatomiques et physiologiques avant de débiter la rééducation et 65.9 % pratiquent un calendrier des habitudes.

#### 2.4.5. L'importance de préserver l'intimité de la patiente

74.5% jugent ce critère important dans le choix de la méthode (Annexe 4 figure n°5).

#### 2.4.6. La volonté d'instaurer une distance patiente soignant

La quasi-totalité des praticiens considère ce critère comme non déterminant dans le choix de la méthode (92.2%) (Annexe 4 figure n°6).

Parmi le graphique ci-dessous, pour les praticiens jugeant ce critère important, la méthode pratiquée est celle par sonde endo-vaginale.

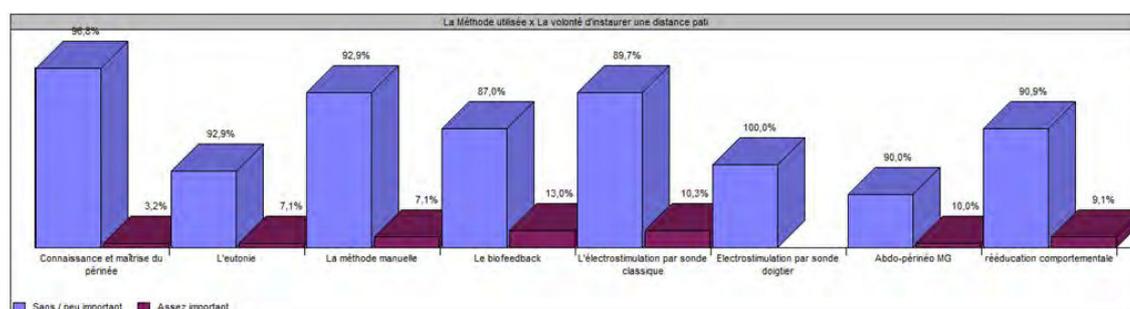


Figure n°18 : Lien existant entre la volonté d'instaurer une distance patient/soignant et la méthode pratiquée

En définitive, l'adaptation de la patiente à la méthode et l'importance de préserver l'intimité de la patiente sont valables pour la pratique de toutes les méthodes à pourcentages à peu près égaux. L'importance de l'image que la femme a de son corps est un critère déterminant pour les sages-femmes et qui se fait ressentir davantage lors de la pratique de la CMP et de l'eutonnie. La compréhension de la femme vis-à-vis de la méthode est un critère déterminant pour tous les praticiens pratiquant la CMP, l'eutonnie, électrostimulation par sonde doigtier, Uro-Mg et la rééducation comportementale. La volonté d'instaurer une distance patiente/ soignant n'est pas un critère déterminant dans le choix de la méthode.

## **2.5. Aspects pratiques et économiques : les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue**

### **2.5.1. Le coût financier lié à la mise en place de la méthode et de son suivi**

Ce critère est considéré par 76.5 % comme pas ou peu déterminant dans le choix de la méthode (*Annexe 5 figure n°1*).

Parmi les praticiens trouvant ce critère important, c'est seulement pour 16.7 % d'entre eux, que le choix de leur méthode s'est fait également en fonction du coût de l'investissement. Le choix de la méthode ne s'est pas effectué sur la rentabilité potentielle pour 83.3% d'entre eux.

### **2.5.2. Le temps passé par patiente durant une séance**

Pour 35.3 %, le temps nécessaire passé par patiente lors d'une séance de rééducation est un critère pouvant entrer en compte dans le choix de la méthode de rééducation (*Annexe 5 figure n°2*).

Pour ces praticiens, la quasi-totalité d'entre eux prennent une seule patiente à la fois ce qui est conforme à la réglementation. Pour 87.5 %, leur séance de rééducation dure 30 minutes. En définitive, malgré l'importance de l'aspect pratique et économique pour ces praticiens, leur fonctionnement ne diffère pas des pratiques habituelles et réglementaires.

En définitive, les critères concernant l'aspect pratique et économique ne sont pas déterminants dans le choix de la méthode

## *Partie 3 : Discussion*

Nous verrons dans un premier temps, dans cette troisième partie, l'analyse des résultats afin de les comprendre et de les confronter. Dans un deuxième temps, nous confirmerons ou rejetterons les différentes hypothèses posées lors de l'étude. Nous terminerons cette partie en proposant différentes pistes d'améliorations.

# **1. ANALYSE DES RESULTATS**

## **1.1. Les techniques de rééducation pratiquées par les sages-femmes**

Les méthodes les plus pratiquées actuellement sont la CMP à 60 % puis les méthodes par sondes endo-vaginales avec le biofeedback (56.9%) et l'électrostimulation (45.1%). On constate que les méthodes empiriques sont actuellement autant pratiquées que les techniques scientifiques. Ces résultats nous amènent donc à nous demander pourquoi les praticiens sont ils autant attirés par les méthodes empiriques que par les méthodes scientifiques ?

La rééducation du périnée a connu une évolution considérable aussi bien dans les méthodes proposées et pratiquées mais aussi que dans la prise en charge des patientes. Beaucoup de formations supplémentaires sont ouvertes aux sages-femmes proposant des approches différentes dans la prise en charge de la femme et dans la pratique de la rééducation. Aujourd'hui, les femmes sont davantage à la recherche de soins moins médicalisés et font appel à des procédés plus naturels. Ceci peut donc expliquer cette attirance par des praticiens à choisir des méthodes plus empiriques dans une optique d'adapter leur pratique aux volontés des femmes. La demande des patientes est nette envers ces pratiques.

Une autre hypothèse, pouvant justifier cet attrait vers ces méthodes, est l'autonomie que les sages-femmes ont dans leur profession. En effet, elles s'approprient les méthodes répondant à leur philosophie de soins. La méthode CMP est, par exemple, pratiquée que par les sages-femmes à contrario, les kinésithérapeutes peuvent exercer les autres méthodes. L'indépendance de la profession leur permet de choisir elles-mêmes leur méthode et de décider de la façon dont elles veulent exercer. A travers ces nouvelles techniques, les sages-femmes peuvent choisir leurs types de rééducation en fonction de l'image qu'elles projettent de leur pratique.

Pour la plupart des sages-femmes, la pratique se base de façon majoritaire sur la formation continue puis vient ensuite l'expérience. Pour aucune d'entre elles, la formation initiale entre en jeu. Ces résultats sont en adéquation avec ceux montrant l'insuffisance de la formation initiale. Ils sont rejoints également par le fait que les

praticiens se sentent à l'aise dans leur pratique seulement après avoir effectué des formations supplémentaires et acquis de l'expérience. Cette aisance s'acquiert pour la moitié d'entre elles au cours de la première année et bien entendu vient avec l'exercice. Pour les autres, elle se fera au cours de la deuxième année ou plus. En effet, ceci peut s'expliquer par le temps nécessaire et requis pour effectuer les formations et maîtriser la pratique.

Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse posée précédemment « la pratique professionnelle se base sur la formation continue »

## **1.2. Les critères de choix communs à chaque technique**

Pour la quasi-totalité des sages-femmes, et quelles que soient les méthodes pratiquées, l'expérience a été un critère déterminant dans le choix des techniques de rééducation. Effectivement, l'expérience et la connaissance d'une méthode vont guider le praticien à l'exercer dans un premier temps. C'est pourquoi, les techniques rencontrées durant les stages peuvent impacter sur la pratique du futur diplômé. L'expérience personnelle est également un critère pouvant guider et aider la sage-femme dans son exercice ultérieur. Le vécu d'une rééducation peut agir de façon positive sur la prise en charge du praticien. Il pourra d'autant plus modifier sa pratique qu'il l'aura vécu personnellement.

En effet, pour celles ayant eu une rééducation périnéale à titre personnel, plus de trois quart jugent que leur expérience personnelle a influé sur leur propre pratique de la rééducation. On peut donc supposer que si une rééducation à titre personnel influe sur l'exercice futur, alors, les stages ont également un impact considérable.

La maîtrise de la méthode, les connaissances acquises sur la technique sont également, au même titre que l'expérience, jugées comme des critères déterminants dans le choix de la méthode. Ce sont des critères étroitement liés puisque l'un influe l'autre et d'autre part, ils s'acquièrent avec le temps.

Ces trois critères ne sont pas propres à une méthode en particulier mais communs dans l'exercice de toutes les sages-femmes.

## **1.3. Les critères inhérents au profil des patientes**

Différentes techniques sont actuellement employées en rééducation. Selon les méthodes, les différents canaux sensitifs, visuels, auditifs de la femme vont être mis à contribution.

### **1.3.1. L'aspect psychique et physique**

Des études [1 ; 2] ont montré que les motifs d'arrêt des rééducations étaient pour certaines une gêne ressentie face à la pratique, l'absence d'adhésion à la méthode ou une pratique douloureuse. Il est donc important pour qu'une rééducation se fasse et soit efficace que la femme se sente le plus à l'aise possible.

Parmi les sages-femmes interrogées, 86 % jugent important que la méthode soit adaptée à la patiente dont 52 % très important.

Il est intéressant de connaître si parmi elles, la pratique est adaptée, en fonction du profil de la patiente.

Effectivement, certains facteurs physiques peuvent compromettre la pratique de rééducation. D'après les résultats, ce sont les praticiens pratiquant la CMP et les techniques touchant l'intimité de la patiente qui adaptent le plus leur méthode. Parmi ceux qui adaptent leur méthode, la majorité modifie leur technique dans le cas de vaginisme. Cependant, lors de sécheresse vaginale par exemple, seules 62 % adaptent leur pratique. Ceci peut pourtant entraîner certaines douleurs chez la femme et nécessiterait peut être de modifier la méthode. D'autres facteurs psychiques ou mentaux, tels que la pudeur, l'âge ou la langue parlée, peuvent nécessiter d'adapter la méthode pratiquée habituellement. Cependant d'après les pourcentages obtenus, pour certains profils, l'adaptation de la méthode n'est pas effectuée par une grande majorité.

Cela nous amène donc à nous demander ce qu'il en est pour les praticiens trouvant ce critère peu important ? Il est vrai que pour ceux ne pratiquant qu'une seule méthode, il peut être difficile de modifier la pratique. Ceci rejoint donc les conseils de l'HAS stipulant l'importance d'associer plusieurs techniques pour de meilleurs résultats et une meilleure prise en charge. La diversité des méthodes pratiquées permet à la femme de trouver la technique qui lui convient. Ce qui permettrait ainsi de diminuer le taux d'abandon ou l'abstention des femmes à la rééducation.

### **1.3.2. Les troubles périnéo-sphinctériens**

On retrouve fréquemment dans les différentes études l'importance d'adapter la méthode en fonction de la pathologie de la femme. La symptomatologie est le motif de départ amenant souvent à consulter. Dans le post-partum, les femmes ne consultent pas toutes avec des troubles vésicaux-sphinctériens mais parfois pour une retonification simple. Chaque méthode peut être utilisée pour toutes les symptomatologies.

D'après l'étude réalisée, pour un grand nombre de sages-femmes, leurs pratiques se basent sur plusieurs méthodes ce qui est donc en accord avec les recommandations de la littérature [1]. La moitié juge le critère « pathologie » très important dans le choix de la méthode, un peu plus d'un tiers comme assez important. Le reste le juge peu important.

Divers hypothèses peuvent expliquer que les pathologies importent peu à certains praticiens. En effet, presque toutes les méthodes sont en général appropriées à toutes les pathologies, ce qui justifie que leur choix ne se base pas sur la symptomatologie. Ce seront les exercices internes à chaque technique et/ou l'association éventuelle des différentes méthodes qui feront gage de réussite. Cependant, l'électrostimulation est déconseillée en cas de lésions nerveuses. Un praticien n'utilise pas uniquement cette méthode puisqu'il l'associe au biofeedback ou à la CMP.

Une autre hypothèse laisserait penser que certains praticiens privilégient d'autres critères par rapport aux pathologies proprement dites. En effet, pour ceux pratiquant une seule méthode, quelque soit la pathologie, ils n'associeront pas une autre technique.

Il est intéressant de se demander si les sages-femmes trouvant ce critère important adaptent leur méthode en fonction de la pathologie ?

Pour la majorité d'entre elles, en cas de prolapsus, la méthode est la plus souvent modifiée. Ceci peut s'expliquer par le fait que différents degrés de gravités existent et qu'il peut toucher différents organes entraînant donc une prise en charge différente. Par ailleurs, les symptomatologies ressenties (sensation de pesanteur, algies...) par la femme sont différentes de l'une à l'autre expliquant donc cette adaptation qui sera bien entendue dépendante de la méthode pratiquée.

### **1.3.3. Leur image corporelle**

La prise de conscience de la femme de son propre corps est une des valeurs professionnelles de la sage-femme. En effet, cette image du corps est souvent abordée à différentes occasions comme lors des cours de préparation à la naissance, des différentes

consultations, des échographies et lors de la rééducation périnéale. Cette prise de conscience, nécessaire pour une meilleure efficacité, peut s'effectuer par les différents rappels anatomiques, les schémas corporels mais aussi par la proprioception permettant à la femme de découvrir des sensations non connues auparavant. Derrière la rééducation périnéale, on peut supposer que le praticien a cette volonté consciente ou inconsciente d'agir sur la rééducation comportementale.

Pour 80% des sages-femmes, ce critère est jugé comme important dans le choix de la méthode. Certaines méthodes entrent plus dans l'intimité de la patiente.

Effectivement, chaque technique fait appel au recrutement de canaux sensitifs différents. La CMP, outre le fait de travailler le périnée, demande une connaissance importante de l'anatomie génitale. Ceci explique donc que, pour les praticiens pratiquant la CMP ou l'eutonie, l'image du corps est d'autant plus importante. Ce critère regroupe un pourcentage moins important dans les méthodes par sondes endo-vaginales. Par ailleurs, lors de la formation CMP, l'image corporelle est un point sur lequel les formateurs insistent. C'est une technique qui fait beaucoup appel à la connaissance intime et à la perception sensitive des zones vaginales. Lors de l'eutonie, l'écoute globale du corps est également primordiale. La réussite des techniques passe par l'acceptation du corps.

Parmi celles trouvant ce critère important, la grande majorité effectue des rappels anatomiques et physiologiques avant de débiter la rééducation. Et 65.9 % effectuent un calendrier des habitudes. Pourtant, il est conseillé d'effectuer un calendrier des habitudes pour toute méthode afin de permettre une rééducation comportementale qui est complémentaire à la rééducation musculaire. Modifier les habitudes de la femme est aussi un gage de l'efficacité à long terme.

Pour celles ne pratiquant pas une rééducation comportementale (une sage-femme sur deux), on peut penser que des conseils hygiéno-diététiques sont donnés sans évaluer les habitudes de la femme ou que le calendrier est effectué que seulement pour certaines symptomatologies. Cependant, un trouble peut en cacher un autre. Les femmes sont atteintes d'une association de troubles. Cependant, il est souvent difficile pour elles de les définir. Elles vont retenir leur attention sur les troubles majeurs et ceux les gênant dans leur vie quotidienne. Sans effectuer de rééducation comportementale la sage-femme pourrait passer à côté de certains troubles qui paraissent mineur pour la patiente.

La prise en charge de la patiente sans rééducation comportementale est-elle dans ces conditions considérées comme globale ?

### **1.3.4. La vision des patientes sur la rééducation**

Comme nous avons pu le voir, les sages-femmes pratiquent de plus en plus d'autres méthodes que celles par sonde endo-vaginale. Les femmes sont également de plus en plus sensibilisées à l'importance d'effectuer une rééducation. Ce sujet, tabou jusqu'à récemment, est maintenant davantage abordé par les femmes lors des cours de préparation à la naissance, dans les suites d'accouchement ou même entre les mères elles-mêmes. Certaines connaissent différentes techniques et d'autres savent surtout ce qu'elles ne souhaitent pas comme rééducation.

Deux tiers des sages-femmes trouvent important de respecter la volonté de la patiente d'avoir recours à une méthode en particulier et 12 % sans importance.

Cependant, pour celles jugeant ce critère important, seulement 61 % ont déjà pratiqué une autre méthode que celle exercée habituellement dans le but de respecter la volonté de la patiente. Ce résultat peut sembler inattendu, mais compréhensible du fait de l'absence d'autres formations chez ces praticiens. Le coût financier des formations et le temps requis peuvent au final entraîner une répercussion sur la prise en charge des patientes et le respect de leurs volontés.

On peut donc se demander, si la satisfaction des patientes et leur prise en charge ne sont pas oubliées face à la pratique ?

Il aurait été intéressant de se demander si face aux volontés des patientes non respectées, si ces femmes ont été orientées vers une autre sage-femme pratiquant la méthode souhaitée ou si elles ont fait finalement la rééducation avec la technique pratiquée habituellement ? Et donc si le taux d'arrêt de la rééducation a été plus important pour ces patientes ?

En définitive, ces critères concernant le profil des femmes vont être différents selon les praticiens. En effet, la philosophie de soins de la sage-femme va impacter sur le caractère déterminant ou non de ces critères dans le choix de la méthode. Selon leur importance, la sage-femme va se diriger vers une méthode en particulier respectant sa vision de la rééducation. Ces résultats nous ont permis de confirmer les hypothèses inhérentes à la patiente (H6 et H7).

## **1.4. Les critères propres à la méthode**

### **1.4.1. La compréhension de la patiente**

Ce critère est jugé comme important pour tous les praticiens pratiquant les méthodes CMP, eutonie, électrostimulation par sonde doigtier, Abdo-périnée MG et la rééducation comportementale.

En effet, prenons pour exemple la CMP, la base de la rééducation est la visualisation et la représentation mentale d'images permettant d'envoyer un signal au cerveau entraînant la contraction de la zone souhaitée. Si la patiente n'adhère pas à la technique ou tout simplement ne peut la comprendre lors de barrière linguistique, elle ne pourra être pratiquée.

Par ailleurs, il est important pour une meilleure compréhension de connaître au mieux son anatomie afin de faciliter les exercices. Ceci se retrouve également dans la méthode par l'eutonie où la rééducation du périnée s'effectue par l'intermédiaire d'un travail sur le tonus corporel global. A travers l'Abdo-périnée mg, la patiente doit comprendre le mécanisme du souffle qui est la base de cette technique.

A contrario, lors des méthodes faisant appel aux sondes endo-vaginales, la compréhension de la patiente est peu sollicitée. Lors de l'électrostimulation le courant envoyé entraîne une contraction musculaire, la patiente est donc passive dans sa rééducation. Lors du biofeedback, la patiente devra contracter sur la sonde, ce qui ne demande pas un effort de compréhension très important.

Pour les sages-femmes trouvant le critère de la compréhension important dans le choix de la méthode, 95.7% détaillent la méthode avant de la pratiquer.

### **1.4.2. La relation patient/soignant**

Les qualités d'écoute du praticien, de concentration et d'assiduité vont elles aussi être dépendantes de la méthode exercée. La relation patient/soignant sera elle-même dépendante de la méthode. C'est pourquoi, différents critères vont être plus ou moins déterminants pour les sages-femmes. Ils seront directement dépendants de la technique de rééducation choisie et donc de la philosophie de soins et du praticien.

La quasi-totalité des praticiens ne considère pas l'importance de préserver une distance patient/soignant comme déterminant dans le choix de la méthode. Pour les praticiens l'ayant trouvé important, la méthode la plus souvent pratiquée est celle par sonde endo-vaginale. En effet, le contact patient/soignant se fait par l'intermédiaire de

la sonde, qui instaure une distance voulue à la fois par le praticien (lui permettant de se mettre en retrait et de respecter l'intimité de la patiente) et par la femme (lui permettant d'être davantage à l'aise puisqu'elle ne sera pas en contact direct avec les doigts de la sage-femme).

Ce faible pourcentage de praticiens trouvant ce critère déterminant peut s'expliquer par le fait qu'il n'a pas forcément osé être sincère. En effet, certaines personnes peuvent juger cette réponse affirmative comme péjorative.

L'importance de préserver l'intimité de la patiente est considérée comme un critère important pour trois quart des sages-femmes. Il rejoint l'importance pour la femme de se sentir à l'aise. En effet, seulement 3.9 % des sages-femmes jugent ce critère sans importance. Certaines méthodes peuvent davantage confronter la femme à son intimité comme nous l'avons décrit précédemment. De plus, on sait qu'une femme qui ne se sent pas à l'aise lors des séances est davantage sujette à arrêter sa rééducation.

### **1.4.3. L'aspect économique**

Le coût financier lié à la mise en place de la méthode et de son suivi est considéré comme un critère non déterminant dans le choix de la méthode pour trois quarts des sages-femmes.

L'aspect économique peut être important. Malgré, la possibilité d'une déduction de frais au niveau fiscal, il reste une charge importante aux praticiens. Une sage-femme sur deux juge ce critère comme peu important. Il n'a donc pas un impact nul mais reste néanmoins, pour la plupart, peu ou pas déterminant dans le choix de la méthode.

Il est intéressant de se demander si pour celles trouvant ce critère important, le choix de leur méthode s'est fait en fonction du coût d'investissement et de la rentabilité potentielle ?

Parmi les praticiens ayant trouvé ce critère important, à pourcentage égal, plus de trois quart affirment ne pas effectuer leur choix de méthode en fonction de la rentabilité et du coût de l'investissement.

En effet, ce résultat est satisfaisant puisqu'on constate que l'aspect économique ne guide pas sur le choix de la méthode et donc ne se répercute pas sur la prise en charge des patientes.

Cependant, on peut supposer, qu'il existe un biais au niveau des réponses. L'aspect économique est toujours un sujet tabou pouvant entraîner une gêne chez le praticien lorsqu'il est abordé. Par ailleurs, avant 2001, la cotation favorisait les

méthodes utilisant la sonde endo-vaginale. C'est pourquoi, on pouvait supposer que l'aspect économique impactait le choix de la technique. En effet, au regard de mon expérience professionnelle, j'ai constaté que l'aspect économique était un critère qui entrait en compte dans le choix des techniques de rééducation pour certaines sages-femmes. Cependant, l'analyse des résultats ne met pas en avant ce fait.

Concernant la durée d'une séance, pour un peu plus d'un quart des sages-femmes, le temps passé par patiente lors d'une séance de rééducation a pu entrer en compte dans le choix de la méthode.

En effet, les méthodes comme la CMP ou l'eutonie peuvent entraîner des séances plus longues que le temps habituel de trente minutes. Les exercices en eutonie, par exemple, durent vingt minutes chacun. Les séances peuvent vite être rallongées. Le praticien effectuera moins d'acte à temps égal en comparaison à d'autres praticiens utilisant les techniques par sondes endo-vaginales.

Cependant, la réglementation stipule l'obligation d'une durée minimum de trente minutes par séance. La majorité des praticiens trouve ce critère temporel important, leurs séances durent trente minutes et la quasi-totalité d'entre eux prend une seule patiente à la fois.

En définitive, malgré l'importance de l'aspect pratique et économique pour ces sages-femmes, leur fonctionnement ne diffère pas des pratiques habituelles et réglementaires. On pouvait s'attendre à ce résultat, puisque même si leurs pratiques étaient contraires à la réglementation, auraient elles vraiment osé l'avouer ?

Nous ne pouvons donc pas confirmer ou rejeter avec certitude cette hypothèse « L'aspect économique est un critère intervenant dans le choix de la méthode de rééducation auprès des sages-femmes ».

L'étude nous a permis de nous rendre compte que les critères inhérents aux méthodes elles-mêmes sont aussi à la fois inhérentes à la sage-femme et plus particulièrement à sa philosophie de soins. Ce qui confirme l'hypothèse H3, « les critères inhérents à la méthode sont aussi inhérents à la sage-femme elle-même. »

## **1.5. Les formations en rééducation périnéale**

La formation est un critère jugé déterminant dans le choix de la méthode de rééducation pour la quasi-totalité des sages-femmes. De plus, c'est le critère le plus

plébiscité. Il paraît logique que la formation reste la base dans le choix de la technique dans un premier temps. En effet, elle permet au praticien d'acquérir des connaissances théoriques, pratiques et de la maîtrise qui lui seront nécessaires pour par la suite l'exercer.

La formation comprend la formation initiale pratique et théorique dispensée à l'école de sage-femme et les formations supplémentaires continues choisies par les praticiens eux-mêmes.

### **1.5.1. Les formations théoriques et pratiques enseignées à l'école de sage-femme**

#### ***La formation initiale théorique***

On constate que la formation théorique reçue augmente avec l'année d'obtention du diplôme. Ce qui entre est corrélation avec la mise en place de la formation initiale théorique dispensée à partir de 1986. Cependant, 35.3 % des diplômés entre 1991 et 2000 jugent ne pas avoir eu de formation théorique. Ceci se retrouve également entre 2001 et 2011 avec un taux de 7.7 %. Ces résultats sont étonnants puisque des cours de rééducation périnéale étaient déjà intégrés au cursus scolaire.

Différentes hypothèses permettent de justifier ces résultats. On peut tout d'abord se demander si les cours portant sur la rééducation ont bien été dispensés. Ces derniers figurant dans le décret de 1986, il est tout de même peu probable qu'ils n'aient pas été mis en place, ce qui aurait entraîné un non respect de la réglementation de l'enseignement.

Une autre hypothèse serait plus probante. En effet, partant du fait que les cours ont été dispensés (comme le stipule le décret), on peut supposer que ces personnes ne se souviennent pas d'avoir reçu cette formation, ou alors, ne la caractérisent pas comme une formation de rééducation. Effectivement, il est possible que la rééducation ait été abordée lors d'un cours de gynécologie sans consacrer réellement un temps distinct à ce thème.

Actuellement, à l'école de sages-femmes, quatre heures de cours sont consacrées à l'enseignement théorique de la rééducation. Ce laps de temps est très réduit en comparaison au nombre total d'heures théoriques reçues durant les cinq ans de formation. Il est donc fort probable qu'à l'issue du diplôme ou après quelques années d'exercice, un nombre certain de praticiens ne se souviennent guère d'avoir reçu cette

formation théorique.

Concernant le contenu de la formation, la physiologie et l'anatomie du périnée ont été présentes dans la quasi totalité des formations. Ces thèmes ne sont bien entendu pas propres à la rééducation puisqu'ils sont souvent abordés et détaillés aussi bien dans les modules d'obstétrique que de gynécologie.

En matière de rééducation, deux thèmes sont en revanche bien spécifiques et même primordiaux : les différentes techniques de rééducation et la prise en charge d'une patiente en rééducation. Cependant seulement 8 % des sages-femmes déclarent avoir vu traiter « la prise en charge des patientes » durant leur formation théorique. Seulement, pour 40 % d'entre elles, les techniques de rééducation ont été détaillées. La connaissance des différentes techniques occupe une place importante dans la prise en charge des troubles périnéaux-sphinctériens. Enfin, pour que la sage-femme puisse au mieux choisir une technique adaptée à sa philosophie de soins et adapter sa méthode aux femmes, il paraît important qu'elle puisse être informée des différentes pratiques existantes.

Comme le stipule l'HAS, pour une meilleure efficacité et une meilleure prise en charge, il est recommandé d'associer les différentes méthodes. Il est donc utile et nécessaire de connaître non pas une seule méthode mais plusieurs méthodes. L'information des praticiens sur ces différentes techniques durant le cursus scolaire permettrait une prise en charge optimale de la patiente en rééducation périnéale à l'issue du diplôme. Afin de pouvoir choisir, entre les différentes méthodes, le praticien doit savoir les possibilités qui s'offrent à lui afin de pouvoir mener ses propres choix.

### ***La formation initiale pratique***

Des vacations en rééducation périnéale ont été mises en place à partir de 2001. Ceci explique que 92.3 % des sages-femmes diplômées entre 2001 et 2011 ont eu une formation pratique. Le pourcentage restant peut se justifier par le délai de la mise en place de la vacation. En effet, les diplômées de 2001 n'ont peut être pas toutes pu bénéficier de cette pratique.

La formation pratique est primordiale au praticien pour s'approprier les différentes techniques lui permettant de confronter sa philosophie de soins aux différentes méthodes.

### **1.5.2. Le ressenti des sages-femmes face à la formation initiale**

De manière générale, 92 % des sages-femmes interrogées jugent que la formation reçue pendant le cursus scolaire a été insuffisante pour prendre en charge intégralement une patiente en rééducation périnéale à l'issue du diplôme. Ce qui signifie, que pour tous ces praticiens, une formation supplémentaire est nécessaire. Ce mécontentement concerne aussi bien la formation théorique que la formation pratique. Il est vrai que parmi elles, toutes n'ont pas eu recours à la formation initiale puisque l'échantillon recense des diplômées de 1970 à 2011. Cependant, parmi les praticiens ayant reçu la formation initiale en totalité, aucun ne l'a jugée suffisante. Plus des trois quarts des sages-femmes ont jugé la formation pratique insuffisante. Ces résultats peuvent s'expliquer, comme il a été décrit précédemment, par le fait que les principales bases de la rééducation (les différentes techniques et l'apprentissage de la prise en charge d'une patiente) sont peu développées. Cependant, les techniques empiriques ne faisant pas l'objet d'études scientifiques, ne peuvent être enseignées dans le cursus scolaire.

A travers ces pourcentages, l'importance de modifier la formation initiale actuelle est mise en évidence. À l'issue du diplôme, la sage-femme doit être apte à pratiquer la rééducation périnéale puisque celle-ci fait partie de ses compétences. La méthode par sonde endo-vaginale est la seule méthode reconnue scientifiquement et ayant fait l'objet d'études prouvant son efficacité dans les troubles périnéaux-sphinctériens. Cette méthode est donc par conséquent abordée lors de la formation et doit être acquise afin de pouvoir être pratiquée à l'issue du diplôme.

Il est intéressant de se demander, pour celles ayant reçu la formation initiale complète si à l'issue du diplôme, une formation complémentaire sur les techniques par sondes endo-vaginales a été effectuée ? On remarque ainsi, que plus d'un tiers des sages-femmes ont effectué une formation supplémentaire de type rééducation classique.

### **1.5.3. Les formations continues**

La formation continue est une obligation pour toutes les sages-femmes en exercice. Elle a pour optique de perfectionner et de réactualiser les connaissances ainsi que d'améliorer l'offre de soins. Quelque soit la formation initiale, le praticien devra effectuer des formations continues.

On constate que depuis leur installation en libérale, 96.1 % d'entre elles ont effectué une ou plusieurs formations. 86.3 % d'entre elles ont l'intention d'effectuer

d'autres formations dans les prochaines années. Ce résultat est donc très satisfaisant.

Il est cependant intéressant de se demander quelles sont les motivations qui les ont conduites à effectuer ces formations ?

Différentes motivations sont données. Pour 96.1% d'entre elles, on retrouve la volonté d'améliorer la pratique. Le besoin de parfaire les connaissances théoriques vient ensuite. Ces deux motivations sont étroitement liées. La curiosité intellectuelle a été également choisie parmi les propositions.

Outre le devoir d'effectuer les formations continues, l'insuffisance de formations peut être une réponse à cette réalité. En effet, on peut penser qu'avec une formation initiale détaillant les différentes méthodes scientifiques et empiriques existantes ainsi que sur la prise en charge des patientes, les praticiens auraient moins recours aux formations continues dans le but d'améliorer leur connaissance théorique ou de satisfaire leurs curiosité intellectuelle. N'oublions pas que les formations requièrent de la disponibilité et ont un coût économique non négligeable malgré la prise en charge proposée. Les praticiens justifient leur absence de formations par ces arguments.

En ce qui concerne la formation, l'étude a permis de confirmer l'hypothèse « la formation est un critère déterminant dans le choix de la méthode ». Elle a mis en avant la nécessité d'améliorer la formation initiale enseignée à l'école de sages-femmes. En effet, nous pouvons rejeter l'hypothèse « la formation permet à l'issue du diplôme de prendre en charge une patiente en rééducation périnéale dans sa globalité ». En conséquence, on peut confirmer l'hypothèse suivante « leur pratique professionnelle se base sur leur formation continue ».

## 2. PISTES D'AMÉLIORATIONS

Le contexte professionnel actuel amènera les futurs diplômés à exercer de plus en plus en secteur libéral. L'amélioration de la formation initiale à l'école de sage-femme est un réel besoin. L'évolution de la formation peut se faire à travers deux axes.

Actuellement, une seule méthode est reconnue scientifiquement.

Dans un premier temps, il est donc nécessaire et primordial, afin de pouvoir faire évoluer les formations universitaires, que les méthodes empiriques fassent l'objet d'études. Ces dernières permettront leur reconnaissance d'un point de vue scientifique et leur enseignement pourra donc être mis en place. Dans cette optique, il est nécessaire, à travers la recherche, de démontrer l'efficacité des différentes techniques. Il serait également intéressant de confronter chacune des méthodes afin d'adapter leur utilisation à chaque patiente. La prise en charge professionnelle en serait alors améliorée. Les études fournissent aux praticiens une base solide sur laquelle ils peuvent s'appuyer.

Avec l'évolution de la formation, les sages-femmes peuvent à l'issue de leur diplôme se diriger vers la recherche, ce qui leur permet de participer à des études si elles le souhaitent. Le nouveau référentiel LMD encourage la recherche dans le domaine maïeutique et valorise par ailleurs la formation continue des sages-femmes.

Dans un deuxième temps, le cursus universitaire actuel met en place une unité optionnelle. Cette dernière permet, entre autre à l'étudiant, de s'initier à la recherche ou à la santé publique. Cette option peut être l'occasion, pour les étudiants qui en ressentent le besoin ou l'envie, d'améliorer leurs connaissances en rééducation périnéale. En effet, la rédaction d'un mémoire ou la participation à des études peuvent les enrichir sur ce domaine. Cette unité semble être un bon compromis pour compléter les cours théoriques dispensés sur ce sujet tout en respectant le libre choix de chacun. Effectivement, cette volonté d'approfondir les connaissances sur les différentes méthodes ne peut intéresser l'ensemble des étudiants puisqu'elle sera dépendante de leur projet professionnel et de leur motivation personnelle.

## *Conclusion*

En définitive, nous avons pu constater que la rééducation périnéale s'exerce actuellement à travers différentes méthodes. A ce jour, l'usage des techniques empiriques est autant plébiscité par les sages-femmes que les méthodes scientifiques. Ces dernières possèdent des caractéristiques qui leur sont propres entraînant une pratique différente auprès des sages-femmes.

Ainsi, l'étude réalisée a permis de mettre en exergue les critères déterminants dans le choix des techniques de rééducation auprès des sages-femmes libérales. Nous avons pu affirmer que des critères propres à chaque méthode tels que la compréhension de la patiente et la relation patient/soignant jouaient un rôle significatif dans le choix de la méthode retenue. De plus, des critères communs aux méthodes tels que l'expérience, les connaissances et la maîtrise sont également déterminants dans le choix de la technique pratiquée. Enfin, l'étude a permis de valider l'importance des critères inhérents au profil des patientes. A travers ceux-ci, on retiendra les troubles périnéo-sphinctériens, l'image corporelle de la femme, l'aspect physique et psychique de la patiente et sa propre vision de la rééducation périnéale.

En revanche, l'étude n'a pas permis de démontrer l'aspect économique comme déterminant.

Néanmoins et comme on pouvait le prévoir, la formation demeure le critère le plus plébiscité par l'échantillon interrogé. A contrario, parmi les sages-femmes ayant reçues la formation pratique et théorique initiale, aucune ne juge suffisante pour prendre en charge intégralement une patiente en rééducation périnéale à l'issue du diplôme. La place des formations continues va donc jouer un rôle fondamental dans l'apprentissage des techniques, le perfectionnement des connaissances et toute chose égale par ailleurs dans la qualité de l'offre de soins. Afin d'améliorer la formation sur les techniques enseignées, il apparaît comme primordial d'avoir une reconnaissance scientifique des méthodes empiriques. En effet, à ce jour, aucune étude ne recense l'efficacité ou même l'utilisation appropriée des techniques comme la CMP et l'eutonie.

Il pourrait donc être intéressant de replacer les méthodes empiriques dans la littérature qui, à l'heure actuelle, est relativement pauvre.

Enfin, la sage-femme grâce au nouveau référentiel LMD semblerait être la praticienne la mieux placée afin de développer la véracité des méthodes encore peu reconnues. L'ouverture vers la recherche à l'issue du diplôme peut, par le biais d'études futures, être la clé de la reconnaissance scientifique de ces méthodes.

# BIBLIOGRAPHIE

## ▪ ARTICLE DE PERIODIQUE

- [1] ANAES, service de recommandations professionnelles. *Rééducation dans le cadre du post partum*. Profession sage-femme. Septembre 2003, n°98, p.20-21-22-23.
- [2] ANAES. *Rééducation dans le cadre du post-partum*. Décembre 2002, p 48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67.
- [3] BRUGEROLLE.B, ANDRE. J.M. *Le biofeedback*. Revue de réadaptation. Septembre 1986, n°15, p 16-17-18-19-20-21.
- [4] CAPPELLETTI, Max-Claude. *La rééducation périnéale : de sa naissance à aujourd'hui*. Kinésithérapie scientifique. Avril 2009, n°498, p 5-6-7.
- [5] CHAUTEMPS, Christine. *Le périnée autrement, sa rééducation en eutonie*. Les dossiers de l'obstétrique. Juillet 2006, n°351, p.4-5-6-7-8-9.
- [6] COLANGELELI-HAGEGE, Hélène. *30 ans déjà ! La périnéologie a-t-elle évolué ?* Kinésithérapie scientifique. Octobre 2008, n°492, p 19-20-21.
- [7] COLANGELELI-HAGEGE, Hélène. *Les techniques manuelles de rééducation périnéale : aspects éthiques*. Kinésithérapie scientifique. Mars 2006, n°464, p 5-6-7-8.
- [8] PH.DEBODINANCE. *Comparaison de la technique de Bologna et d'Ingelman-Sundberg dans le traitement de l'incontinence urinaire d'efforts associés au prolapsus génital*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Avril 2000, n°29, p.148-149-150-151.
- [9] DEFFIEUX, X. *Incontinence urinaire à l'effort de la femme : analyse des hypothèses physiopathologiques*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Avril 2008, n°37, p.186-187-188-189-190-191-192-193-194.
- [10] GALAS, J.M. *Effets du traitement de l'incontinence féminine d'effort par rééducation périnéale endovaginale*. Revue de réadaptation. Septembre 1986, n°15, p 22-23-24-25.
- [11] GASQUET, Bernadette, ROUANET, Florence, VIGNE-CHAZAUD, Valérie. *Périnée de l'accouchée à la maternité, conseils pratiques pour une meilleure prévention*. Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 2009, n°386, p.18-19-20-21-22-23.

- [12] GROSSE.D, SENGLER.J. *Evaluation des techniques de rééducation périnéale*. Annales de réadaptation et de médecine physique.1996, vol 39, n°2, p 61 à 72.
- [13] GROSSE.D, SENGLER.F, JURASCHECK.F. *La rééducation périnéale*. Annales de kinésithérapie.1988, tome 15, n°7-8, p 373 à 384.
- [14] GUERINEAU. Michel. *Intérêt du biofeedback « pression haute précision » en rééducation périnéale*. Kinésithérapie scientifique. Juin 2003, n°434, p 43 à 45.
- [15] JACQUETIN.B, MINAIARE.P, SENGLER.J. *Epidémiologie de l'incontinence urinaire*. Annales de réadaptation et de médecine physique.1995, vol 38, n°1, p1 à 7.
- [16] NICOT, Sylvie. *La connaissance et maîtrise du périnée, évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale*. Vocation sage-femme. Janvier 2010, n°78, p.13 à 19.
- [17] RICHARD-GUERROUDJ, Nour. *Regards croisés sur la rééducation prénatale*. Profession sage-femme. Mars 2008, n°143, p.36 à 38.
- [18] ROQUES, Corine. *Connaissance et maîtrise du périnée, méthodes de rééducation éducative vers l'autonomie de la patiente*. Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 2009, n°386, p.24 à 26.
- [19] VALANCOGNE.G. *La rééducation des déficits ano-rectaux dans le post-partum*. Kinésithérapie scientifique. Décembre 1997, n°373, p 21 à 24.
- [20] VALANCOGNE.G, GROSSE.D. *Les techniques d'électrostimulation dans la rééducation périnéo-sphinctérienne*. Kinésithérapie scientifique. Décembre 1997, n°373, p 25 à 31.
- [21] WURCELDORF.M, JARDEL.B, JOLLY.V, GERMAIN.C. *Renforcement musculaire du périnée dans le cadre du post partum*. Kinésithérapie scientifique. Juin 1996, n°357, p 26 à 37.

- MEMOIRE, THESE

- [22] VIVENOT, Claire. *La rééducation périnéale du post-partum observance de la prescription*. [En ligne]. Mémoire de sage-femme. Nancy, 2010. Disponible sur [http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED\\_MESF\\_2010\\_VIVENOT\\_CLAIRE.pdf](http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2010_VIVENOT_CLAIRE.pdf) [consulter le 28 novembre 2011]

[23] HUGOT, Sandrine. *Le vécu de la rééducation périnéale des femmes en post-partum*. [En ligne]. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris, 2011. Disponible sur [http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3528\\_These\\_medecine\\_generale\\_sandrine\\_Hugot.pdf](http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3528_These_medecine_generale_sandrine_Hugot.pdf) [consulter le 25 novembre 2011]

▪ OUVRAGE :

[24] CALAIS-GERMAINS, Blandine. *Le périnée féminin et l'accouchement*. Eléments d'anatomie et exercices pratiques d'application. Desiris, 2000.

[25] COTELLE, Odile. *Guide pratique de rééducation uro-gynécologique*. 4<sup>e</sup> édition Ellipses, 2005, p 7 à 135..

[26] DOUCE, Francine. *Rééducation du périnée : selon l'eutonie de Gerda Alexander*. Ardhome éditions, 2010.

[27] FABRE-CLERGUE.C. *La place de la sage-femme dans la prise en charge des algies pelvi-périnéales*. In : BONNEAU.D. Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles. Sauramp médical, 2011, p 203 à 207

[28] FYON.J.P, NOEL.C. *Dyspareunies d'intromission dans le cadre du post-partum et rééducation fonctionnelle*. In : SIMON.L, PELISSIER.J, HERISSON.C. Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation. Masson, 1992, p 348 à 351

[29] GALLIAC ALANBARI, Sandrine. *Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi*. Robert Jauze éditeur, 2005.

[30] TRINH DINH, Dominique. *Rééducation périnéale, petit manuel de diagnostics cliniques à l'usage des praticiens*. Latitude et Féminitude édition, 2001.

[31] ZAFIROPULU.M. In : DEBEYRE.J, HELD.J-P, DE SEZE.S. *Rééducation* 1995.Expansion scientifique Française, 1995, p 138 à 141

▪ SITE WEB

[32] AMARENGO.G, KERDRAON.J. *Rééducation périnéale*. [En ligne] Disponible sur [www.cofemer.fr](http://www.cofemer.fr) [consulté le 4 février 2012]

- [33] ASSURANCE MALADIE. *La maternité*. [En ligne] Disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) [consulté le 10 octobre 2012]
- [34] BAZET, Marie. *La rééducation périnéale*. [En ligne] Dossier mis en ligne en novembre 2008. Disponible sur [www.santepratique.fr](http://www.santepratique.fr) [consulté le 26 décembre 2011]
- [35] BOURSIER, Alain. *La rééducation périnéale*. [En ligne] Dossier mis en ligne en février 2012. Disponible sur <http://www.sphere-sante.com/incontinence-information/reeducation-perineale.html> [consulté le 04 août 2012]
- [36] BOURG, Marie Christine. *La rééducation périnéale*. [En ligne]. Disponible sur [www.grainedecurieux.fr](http://www.grainedecurieux.fr) [consulté le 28 décembre 2011]
- [37] DEVILLERS. P, MAUROY.B. *Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et indication*. [En ligne]. Disponible sur [www.urofrance.org](http://www.urofrance.org) [consulté le 5 février 2012]
- [38] DOMINIQUE TRINH DINH. *Institut Naissance & Formations*. [En ligne]. Disponible sur [www.institutnaissanceetformations.fr](http://www.institutnaissanceetformations.fr) [consulté le 27 novembre 2011]
- [39] ERWANN LE RUMEUR. *Abdo et périnée*. [En ligne]. Disponible sur <http://abdo.kine.over-blog.com/> [consulté le 26 novembre 2011]
- [40] FEDERATION D'ASSOCIATIONS D'EUTONIE. *Institut Eutonie*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.institut-eutonie.com/> [consulté le 5 août 2012]
- [41] GUILLARME LUC. *Concepts ABDO-MG et PERINEO-MG*. [En ligne]. Disponible sur <http://www.abdo-mg.com/> [consulté le 11 septembre 2012]
- [42] NOURIM, TLIGUL.M. *La rééducation pelvi-périnéale : techniques et indications*. Disponible sur [www.santetropical.com](http://www.santetropical.com) [consulté le 5 février 2012]
- [43] ORDRE DES SAGE-FEMME. *Code de déontologie*. Disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr> [consulté le 9 août 2012]
- [44] WALEA, Joanne. *Walea*. [En ligne]. Disponible sur [www.walea-blog.com](http://www.walea-blog.com) [consulté le 27 novembre 2011]

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| Remerciements .....  | 3         |
| Sommaire .....   | 4         |
| Glossaire.....   | 6         |
| Préface.....   | 7         |
| Introduction .....   | 8         |
| <b>Partie 1 : La rééducation du périnée, les différentes méthodes et leurs caractéristiques et les indications. ....</b> | <b>10</b> |
| <b>1. Contexte et enjeux autour de la rééducation périnéale .....</b>  | <b>11</b> |
| 1.1. Définition [35] .....   | 11        |
| 1.2. La place du corps médical dans la rééducation du périnée.....   | 11        |
| 1.3. Législation et rééducation.....   | 11        |
| <b>2. Le moyen scientifique : la méthode par sonde endo-vaginale.....</b>  | <b>13</b> |
| 2.1. Définition [35] .....   | 13        |
| 2.2. Moyens utilisés [25 ; 35].....  | 13        |
| 2.3. Evaluation de la méthode [25].....  | 14        |
| 2.3.1. Au début de la séance.....  | 14        |
| 2.3.2. Durant la séance.....   | 14        |
| 2.4. Apprentissage et enseignement de la méthode.....  | 15        |
| 2.4.1. La formation théorique dispensée à l'école de sage-femme .....  | 15        |
| 2.4.2. La formation pratique dispensée pendant le cursus scolaire .....  | 16        |
| 2.5. Formations supplémentaires .....  | 16        |
| 2.6. La femme et la pratique de la méthode .....   | 17        |
| 2.6.1. L'aspect relationnel patient/soignant .....   | 17        |
| 2.6.2. Le profil des patientes.....  | 17        |
| <b>3. Les méthodes empiriques. ....</b>  | <b>18</b> |
| 3.1. La méthode « Connaissance et Maîtrise du périnée ».....   | 18        |
| 3.1.1. Définition et objectif [30] .....   | 18        |
| 3.1.2. Moyens utilisés [30] .....  | 20        |
| 3.1.3. Evaluation de la méthode .....  | 21        |
| Le calendrier des habitudes [38].....  | 21        |
| Par le testing [30].....   | 21        |
| 3.1.4. Apprentissage et enseignement de la méthode .....   | 21        |
| 3.1.5. Formations supplémentaires [38] .....   | 22        |
| 3.1.6. La femme et la pratique de la méthode.....  | 22        |

|   |    |
|---|----|
| L'aspect relationnel patient/soignant .....           | 22 |
| Le profil des femmes [30] .....                       | 22 |
| 3.2. L'eutonie.....                                   | 23 |
| 3.2.1. Définition et objectif [26] .....              | 23 |
| 3.2.2. Moyens utilisés [5] .....                      | 23 |
| 3.2.3. Evaluation de la méthode .....                 | 24 |
| 3.2.4. Formations supplémentaires [40] .....          | 24 |
| 3.2.5. La femme et la pratique de la méthode.....     | 24 |
| La relation patient/soignant [5 ; 40] .....           | 24 |
| Le profil des patientes .....                         | 25 |
| 3.3. Abdo-périnéo-Mg .....                            | 25 |
| 3.3.1. Définition et objectif [41] .....              | 25 |
| 3.3.2. Moyens utilisés [41] .....                     | 25 |
| 3.3.3. Evaluation de la méthode .....                 | 26 |
| 3.3.4. Formations supplémentaires [41] .....          | 26 |
| 3.3.5. La femme et la méthode.....                    | 27 |
| La relation patient/soignant .....                    | 27 |
| Le profil des patientes [41] .....                    | 27 |
| 4. Les indications d'une rééducation périnéale .....  | 28 |
| 4.1. Incontinence urinaire à l'effort [25 ; 31] ..... | 28 |
| 4.2. L'instabilité vésicale [31 ; 32] .....           | 28 |
| 4.3. Incontinence mixte [25 ; 31] .....               | 29 |
| 4.4. Anomalies urétrales fonctionnelles [31] .....    | 29 |
| 4.5. Le prolapsus [25] .....                          | 29 |
| 4.6. Incontinence anale [19] .....                    | 29 |
| 4.7. Le post partum [37 ; 42].....                    | 29 |
| Partie 2 : Description de l'étude et résultat. ....   | 31 |
| 1. Méthodologie de l'étude.....                       | 32 |
| 1.1. Objectifs .....                                  | 32 |
| 1.2. Hypothèses .....                                 | 32 |
| 1.3. Type d'étude.....                                | 33 |
| 1.4. Population étudiée .....                         | 33 |
| 1.5. Echantillon .....                                | 33 |
| 1.6. Méthode .....                                    | 33 |
| 1.6.1. Modalité de recueil.....                       | 33 |
| 1.6.2. Description de l'action .....                  | 33 |
| 1.6.3. Données collectées .....                       | 34 |

|        |   |           |
|--------|---|-----------|
| 1.6.4. | Le choix du type de questions .....   | 35        |
| 1.6.5. | Recueil de données .....  | 36        |
| 1.7.   | Les points positifs de l'étude.....   | 36        |
| 1.8.   | Les points négatifs .....   | 36        |
| 2.     | Description de l'étude .....  | 37        |
| 2.1.   | Le parcours des sages-femmes .....  | 37        |
| 2.2.   | La formation .....  | 37        |
| 2.2.1. | Formation initiale théorique .....  | 37        |
| 2.2.2. | Formation initiale pratique .....   | 38        |
| 2.2.3. | Formations supplémentaires .....  | 40        |
| 2.2.4. | Les raisons motivant la volonté d'effectuer des formations<br>supplémentaires.....                                | 40        |
| 2.2.5. | Nombre de formations supplémentaires effectuées par les praticiens  | 41        |
| 2.2.6. | Adaptation et modification des pratiques depuis la formation<br>supplémentaire .....                              | 41        |
| 2.2.7. | Les méthodes pratiquées .....   | 41        |
| 2.3.   | Pratiques professionnelles : les critères déterminants dans le choix de la<br>méthode retenue .....               | 42        |
| 2.3.1. | Critères inhérents à la sage-femme elle-même .....  | 42        |
| 2.3.2. | Les pathologies des patientes .....   | 43        |
| 2.4.   | Représentation du corps et communication : les critères déterminants<br>dans le choix de la méthode retenue ..... | 43        |
| 2.4.1. | La compréhension de la patiente .....   | 43        |
| 2.4.2. | L'adaptation de la patiente à la méthode .....  | 44        |
| 2.4.3. | La volonté de la patiente d'avoir recours à une certaine méthode .....  | 44        |
| 2.4.4. | L'image que la patiente a de son corps.....   | 44        |
| 2.4.5. | L'importance de préserver l'intimité de la patiente.....  | 45        |
| 2.4.6. | La volonté d'instaurer une distance patiente soignant.....  | 45        |
| 2.5.   | Aspects pratiques et économiques : les critères déterminants dans le choix<br>de la méthode retenue .....         | 46        |
| 2.5.1. | Le coût financier lié à la mise en place de la méthode et de son suivi  | 46        |
| 2.5.2. | Le temps passé par patiente durant une séance .....   | 46        |
|        | <b>Partie 3 : Discussion .....</b>  | <b>47</b> |
| 1.     | Analyse des résultats .....   | 48        |
| 1.1.   | Les techniques de rééducation pratiquées par les sages-femmes.....  | 48        |
| 1.2.   | Les critères de choix communs à chaque technique.....   | 49        |
| 1.3.   | Les critères inhérents au profil des patientes.....   | 50        |
| 1.3.1. | L'aspect psychique et physique.....   | 50        |

|        |  |      |
|--------|--|------|
| 1.3.2. | Les troubles périnéo-sphinctériens .....   | 51   |
| 1.3.3. | Leur image corporelle .....  | 51   |
| 1.3.4. | La vision des patientes sur la rééducation .....                                 | 53   |
| 1.4.   | Les critères propres à la méthode .....  | 54   |
| 1.4.1. | La compréhension de la patiente .....  | 54   |
| 1.4.2. | La relation patient/soignant .....   | 54   |
| 1.4.3. | L'aspect économique .....  | 55   |
| 1.5.   | Les formations en rééducation périnéale .....                                    | 56   |
| 1.5.1. | Les formations théoriques et pratiques enseignées à l'école de sage-<br>femme 57 |      |
|        | La formation initiale théorique.....   | 57   |
|        | La formation initiale pratique .....   | 58   |
| 1.5.2. | Le ressenti des sages-femmes face à la formation initiale .....                  | 59   |
| 1.5.3. | Les formations continues.....  | 59   |
| 2.     | Pistes d'améliorations .....   | 61   |
|        | Conclusion.....  | 62   |
|        | Bibliographie .....  | 64   |
|        | TABLE DES MATIERES.....  | 68   |
|        | Annexe 1.....  | I    |
|        | Annexe 2.....  | IV   |
|        | Annexe 3.....  | VI   |
|        | Annexe 4.....  | VIII |
|        | Annexe 5.....  | XI   |

# ANNEXE 1

N°: \_\_\_\_\_

## Les critères déterminants dans le choix de la méthode de rééducation périnéale

Enquête auprès des sages-femmes libérales destinée à l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude portant sur le sujet suivant : Les critères déterminants dans le choix des techniques de rééducation périnéale.  
Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui restera totalement anonyme.



### Votre parcours et vous:

1. Vous avez obtenu votre diplôme d'Etat ...

- Avant 1970                       Entre 1970 et 1980  
 Entre 1981 et 1990            Entre 1991 et 2000  
 Entre 2001 et 2011

2. Depuis quand êtes-vous installé(e) en libéral ?

- Avant 5 ans            Entre 5 et 10 ans            Entre 10 et 15 ans  
 Entre 15 et 20 ans            Entre 20 et 25 ans            Entre 25 et 30 ans  
 Plus de 30 ans

3. A quel âge vous êtes-vous installé(e) en libéral ?

- Entre 23 et 30 ans                       Entre 30 et 40 ans  
 Entre 40 et 50 ans                       Après 50 ans

4. Avez-vous à titre personnel pratiqué une rééducation périnéale ?

- Oui     Non

5. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, pensez-vous que votre expérience personnelle a influé sur votre pratique ?

- Pas du tout                                       Plutôt non  
 Plutôt oui     Tout à fait

Si "Non" passer à la question suivante

### Votre formation et vous:

6. A l'issue de votre diplôme, votre formation à l'école de sages-femmes vous a-t-elle paru suffisante pour prendre en charge intégralement une patiente en rééducation périnéale ?

- Pas du tout                                       Plutôt non  
 Plutôt oui     Tout à fait

7. Avez-vous reçu une formation théorique portant sur la rééducation du périnée durant votre cursus à l'école de sages-femmes ?

- Oui     Non

8. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, la théorie portait sur:

- L'anatomie                                       La physiologie  
 La physiopathologie                       Les techniques de rééducation  
 La prise en charge des patientes

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum)

9. Une formation pratique portant sur la rééducation du périnée vous a-t-elle été apportée durant vos stages d'études ?

- Oui     Non

10. Si vous avez reçu une formation pratique durant vos stages, comment la jugez-vous ? (si vous avez répondu "Non" à la question précédente, passer directement à la question suivante)

- Insuffisante                       Suffisante                       Très suffisante

11. Depuis votre installation en libéral, avez-vous effectué une ou des formations supplémentaires concernant la rééducation périnéale ?

- Oui     Non

12. Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, quel type de formation avez-vous effectué ?

- Connaissance et maîtrise du périnée                       L'entonie                       Autre

Si vous répondez "Autre", passer à la question suivante

13. Si vous avez répondu "Autre" à la question précédente, merci de préciser sinon passer à la question suivante

14. Si vous avez répondu "Non" à la question 11, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas suivi de formations ?

- Par manque de temps                       Par son coût financier  
 Par manque d'informations sur les formations existantes                       Par non nécessité

Vous pouvez cocher plusieurs cases.



## Les critères déterminants dans le choix de la méthode de rééducation périnéale

### Représentation du corps et communication: les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue:

Selon-vous quels sont les critères déterminants dans le choix d'une technique de rééducation?

- |  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 33. La compréhension de la patiente vis à vis de la méthode                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. L'adaptation de la patiente à la méthode                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. La volonté de la patiente d'avoir recours à une méthode en particulier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. L'image que la patiente a de son propre corps                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. L'importance de préserver l'intimité de la patiente                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. La volonté d'instaurer une distance patiente/soignant                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Sans importance (1), Peu important (2), Assez important (3), Très important (4).*

39. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 33, détaillez-vous votre méthode avant de la pratiquer ?

- Oui  Non

40. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 34, vous adaptez votre méthode...

- En fonction de l'âge  En fonction de la langue parlée  
 En fonction de la culture de la patiente  En fonction de la pudeur de la patiente

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

41. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 34, pour quel(s) facteur(s) physique(s) adaptez-vous votre méthode?

- Lors d'atrophie vaginale  Lors de vaginisme  
 Lors de sécheresse vaginale

42. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 35, avez-vous déjà pratiqué une autre méthode que celle pratiquée habituellement dans le but de respecter la volonté de la patiente ?

- Oui  Non

43. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 35, faites-vous des rappels anatomiques et/ou physiologiques avant de débiter les séances de rééducation ?

- Oui, anatomique seulement  Oui, physiologique seulement  
 Oui, les deux  Non

44. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 35, effectuez-vous un calendrier des habitudes ?

- Oui  Non

### Aspects pratiques et économiques: les critères déterminants dans le choix de la méthode retenue:

Selon-vous quels sont les critères déterminants dans le choix d'une technique de rééducation?

- |  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 45. Le coût financier lié à la mise en place de la méthode et de son suivi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Le temps passé par patient durant une séance                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Sans importance (1), Peu important (2), Assez important (3), Très important (4).*

47. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 45, avez-vous choisi votre méthode en fonction du coût de l'investissement ?

- Oui  Non

48. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 45, avez-vous choisi votre méthode en fonction de sa rentabilité potentielle ?

- Oui  Non

49. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 46, combien de patientes prenez-vous à la fois ?

- Une  deux  
 Trois  Plus de trois

50. Si vous avez répondu 3 ou 4 à la question 46, combien de temps dure votre séance de rééducation ?

- 30 min  1 h  
 Plus d'1 h

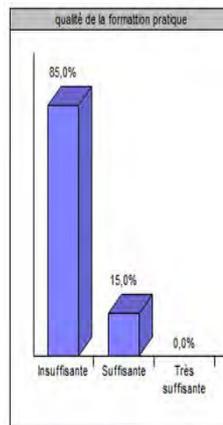
51. Avez-vous des suggestions ou des recommandations ?



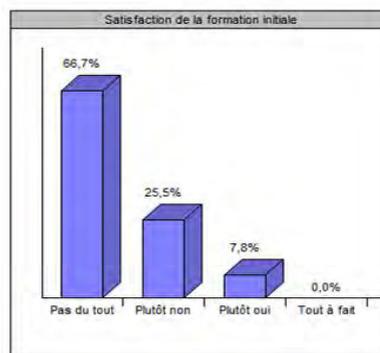
Merci pour votre participation à ce questionnaire  
 Sandra Villaume  
 Etudiante Sage Femme 3ème année  
 sandra.villaume@hotmail.fr

## ANNEXE 2

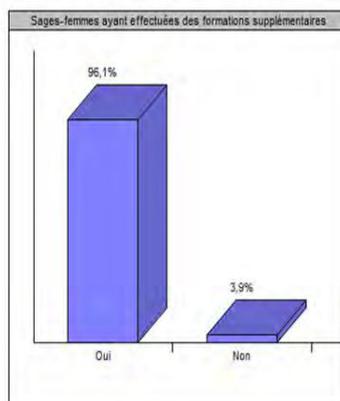
Graphiques relatifs à la formation des sages-femmes :



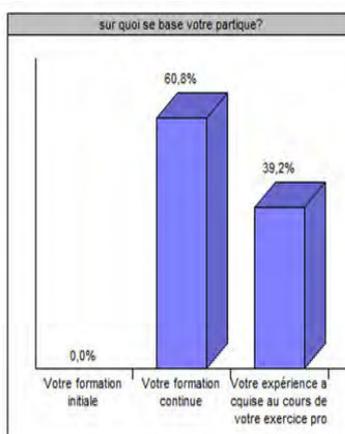
*Figure n°1 : satisfaction des sages-femmes concernant la formation initiale pratique reçue.*



*Figure n°2 : satisfaction des sages-femmes concernant l'intégralité de la formation initiale reçue.*



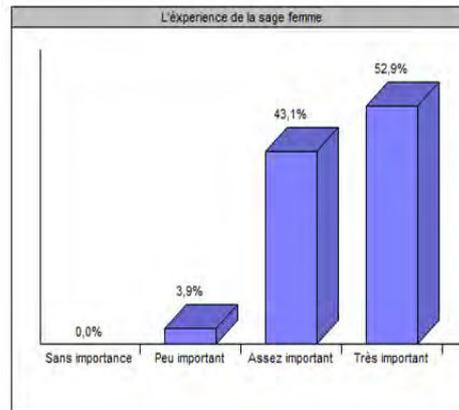
**Figure n°3 : pourcentage des sages-femmes ayant effectuées des formations supplémentaires.**



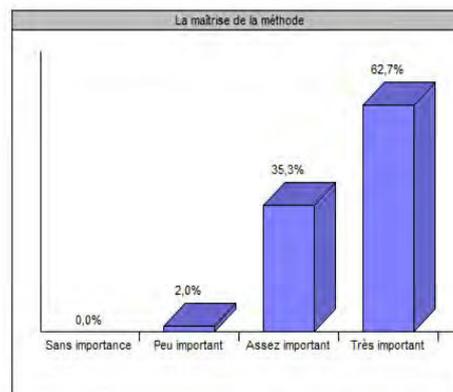
**Figure n°4 : les critères sur lesquels les sages-femmes se basent dans leur pratique de la rééducation.**

## ANNEXE 3

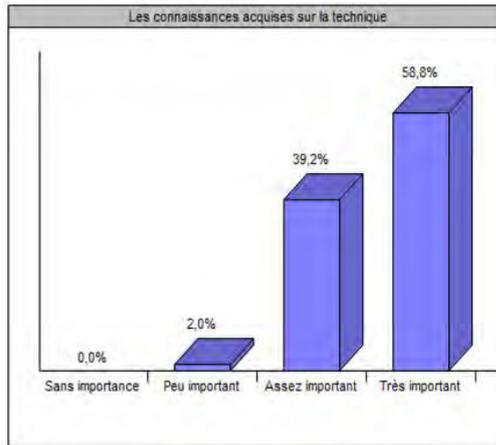
Graphiques relatifs aux critères aux pratiques professionnelles :



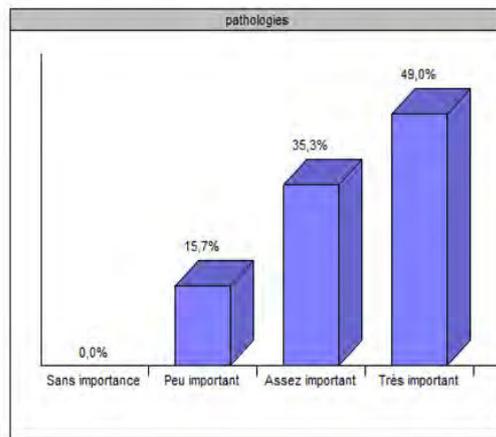
*Figure n°1 : l'importance de « l'expérience de la sage-femme » dans le choix de la méthode de rééducation.*



*Figure n°2 : l'importance de « la maîtrise de la méthode » dans le choix de la technique de rééducation.*



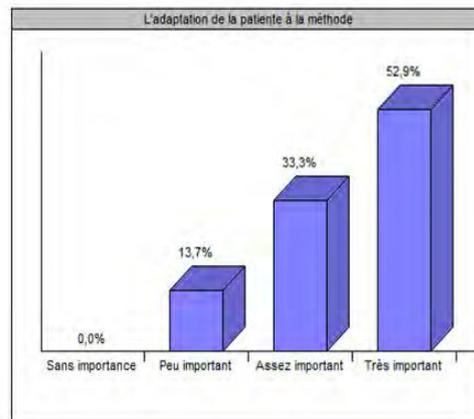
**Figure n°3 : l'importance des « connaissances acquises sur la technique » dans le choix de la méthode de rééducation.**



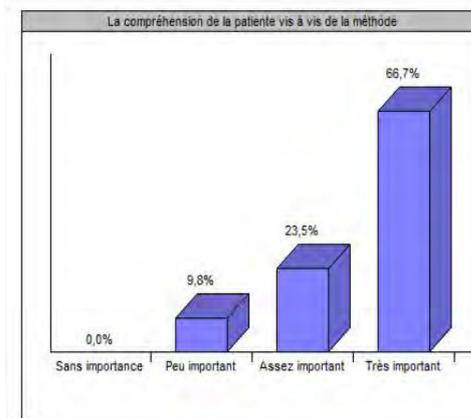
**Figure n°4 : l'importance des « pathologies » dans le choix de la méthode de rééducation.**

## ANNEXE 4

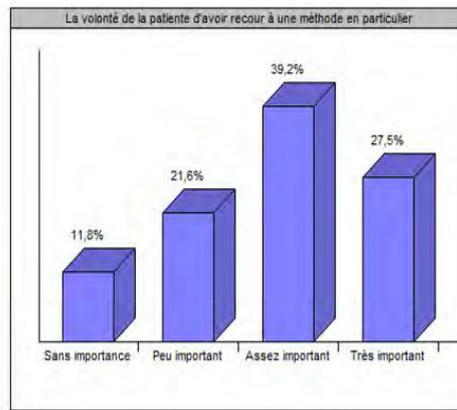
Graphiques représentant les critères relatifs à la représentation du corps et à la communication :



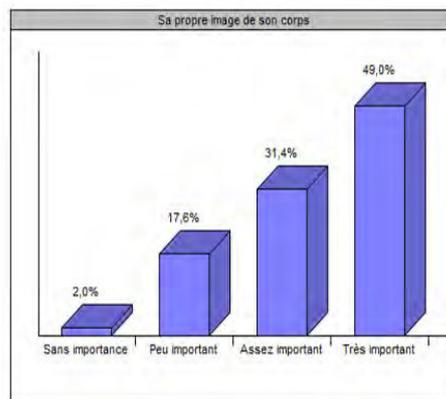
**Figure n°1 : l'importance de «l'adaptation de la méthode à la patiente » dans le choix de la méthode de rééducation.**



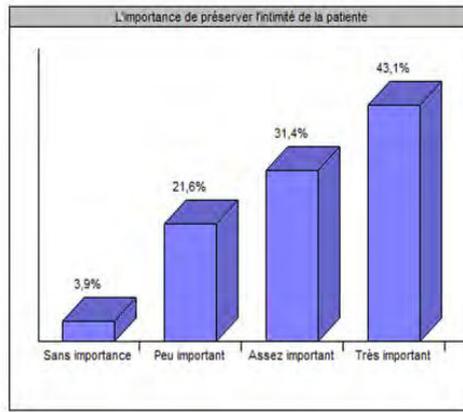
**Figure n°2 : l'importance de «la compréhension de la patiente vis-à-vis de la méthode » dans le choix de la méthode de rééducation.**



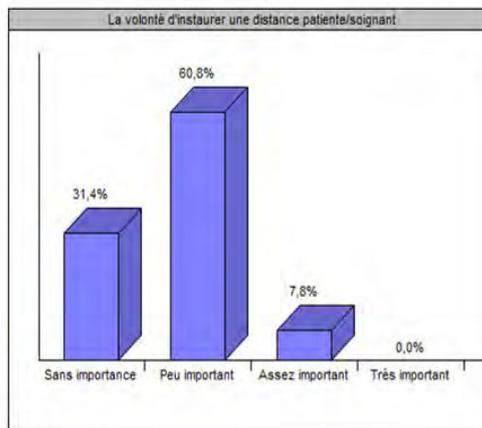
**Figure n°3 : l'importance de « de la volonté de la patiente d'avoir recours à une méthode en particulier » dans le choix de la méthode de rééducation.**



**Figure n°4 : l'importance de « l'image que la femme a de son propre corps » dans le choix de la méthode de rééducation.**



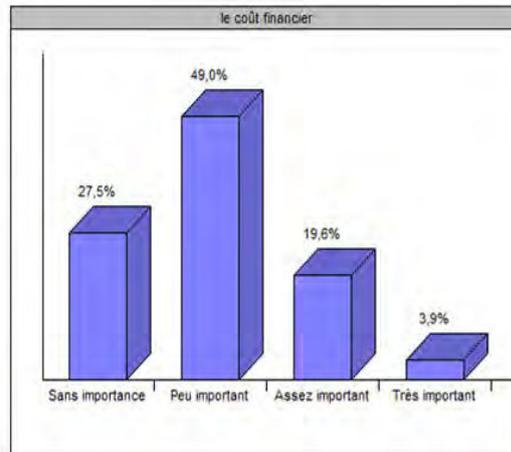
**Figure n°5 : l'importance de « préserver l'intimité de la patiente » dans le choix de la méthode de rééducation.**



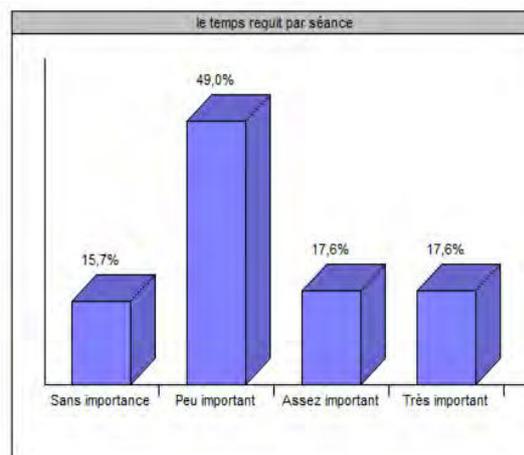
**Figure n°6 : l'importance de « volonté d'instaurer une distance patiente/soignant » dans le choix de la méthode de rééducation.**

## ANNEXE 5

Graphiques représentant les critères relatifs à l'aspect pratique et économique :



*Figure n°1 : l'importance du « coût financier » dans le choix de la méthode de rééducation.*



*Figure n°2 : l'importance du « temps requis par patiente » dans le choix de la méthode de rééducation.*

**Le choix de la méthode de rééducation périnéale : critères retenus par les sages-femmes libérales en 2012.**

Directeur de mémoire : Belgy Marie-Thérèse Sage-femme enseignante

Expert : Challand Nadine Sage-femme libérale

**Résumé**

Différentes méthodes sont actuellement mises à disposition des sages-femmes dans la pratique de la rééducation périnéale. Les techniques sont représentées par deux catégories : les moyens scientifiques regroupant les méthodes par sonde endo-vaginales et les moyens empiriques avec l'eutonnie, la CMP et l'Uro-Mg.

L'étude du mémoire a pour objectif de mettre en avant différents critères pouvant être déterminants dans le choix de la méthode de rééducation auprès des sages-femmes libérales.

Certains critères propres au profil des patientes, à la technique, à la philosophie de soins et à la formation entreraient en compte dans le choix de la méthode.

**Mots clés : rééducation du périnée, critères, méthodes de rééducation, choix, techniques.**

**Summary**

Different methods in the practice of perineum reeducation are using by midwives. The techniques are represented by two categories: the scientific means including endo vaginal methods and empirical means including the eutonnie, CMP and Uro-Mg.

The study of this memory aims to show the different criteria which may be decisive in the choice of the method of perineum reeducation among the liberal midwives.

Some criteria specific patient profile, technology, philosophy of care and training would be determinant in the selection of the method.

**Keywords: Perineum reeducation, choice, reeducation method, technology, criteria**