



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique 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 : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

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

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND-EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE POST-CÉSARIENNE
ET LE RÔLE DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :
ENQUÊTE AUPRÈS DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX
ET OBSTÉTRICIENS DU GRAND EST**

Sous la direction de Madame FRICHE Corinne

Mémoire présenté par **Léonie DROUIN**,
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Léonie DROUIN.....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 24 avril 2021.....

Signature

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers ma directrice de mémoire, Madame FRICHE Corinne. Merci pour ton soutien et ta disponibilité pendant plus d'un an. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la rééducation périnéale lors de mon stage de 3^{ème} année.

Mes remerciements vont aux participants directs de cette étude : les gynécologues, sans qui mon travail n'aurait pu aboutir. Mais également aux personnes m'ayant aidée à diffuser mon questionnaire : la secrétaire de l'URPS médecins libéraux Grand Est, Madame PETRY Solène et les chefs des services de gynécologie.

Je suis également reconnaissante envers Madame BRICOT Sarah, ma tutrice pendant mon clinicat. Je n'aurais pas pu espérer meilleur stage pour clôturer mes études.

Un grand merci à toute ma famille proche et en particulier à mes deux parents et à mon frère pour leur amour et leur soutien à toute épreuve. Vous rendre fiers a toujours été ma plus grande motivation. Mention particulière pour ma grand-mère : merci pour tes fines relectures.

Je souhaite ensuite remercier mes amis qui ont embelli mes années d'études. Merci pour votre présence, votre aide et pour les bons moments passés qui resteront inoubliables.

Merci à Ewan de m'avoir toujours poussée vers le haut et motivée. Merci pour ton amour et ton accompagnement au quotidien.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique de l'IFMK de Nancy qui m'ont accompagnée et formée pendant ces 4 années d'études.

LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE POST-CÉSARIENNE ET LE RÔLE DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : ENQUÊTE AUPRÈS DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRICIENS DU GRAND EST

Introduction : Le nombre d'accouchements par césarienne ne cesse d'augmenter en France. Cependant, il n'existe aucune recommandation spécifique concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Pourtant, au-delà du mode d'accouchement, la grossesse en elle-même laisse des conséquences sur la sphère uro-gynécologique.

Matériel et méthode : Un questionnaire a été envoyé aux gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est afin de connaître leur méthode de prescription de rééducation post-césarienne et le rôle qu'ils attribuent aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans cette prise en charge. L'envoi s'est fait électroniquement via l'URPS pour les libéraux et via les secrétariats des maternités de type 3 pour les salariés. Ils ont été distribués entre le 18 novembre 2020 et le 16 janvier 2021.

Résultats : 41 gynécologues ont répondu à l'enquête (6,71% de la population totale). Les femmes césarisées représentent environ 27,3% de la patientèle des gynécologues et en moyenne 14,9% d'entre elles ont des symptômes périnéaux en post-partum : incontinence urinaire d'effort (53,66%), troubles sexuels (21,95%) et faiblesse du périnée (19,51%) par exemple. La prescription de rééducation périnéale post-césarienne se fait de manière systématique dans 34,15% des cas et uniquement en cas de symptômes dans 36,58%. Parmi les répondants, 63,41% aimeraient avoir des recommandations supplémentaires concernant la rééducation périnéale post-césarienne. De plus, seulement 56,10% d'entre eux travaillent en collaboration avec un MK pour cette rééducation. Les raisons principales de la non-collaboration sont : non-connaissance des compétences MK (44,44%), travail préférentiel avec une sage-femme (33,33%) et absence de MK formé dans le secteur (11,11%). Enfin, les gynécologues travaillant avec des MK ne reçoivent que très peu de comptes rendus ou bilans de leur part.

Discussion et conclusion : Les troubles périnéaux post-césarienne sont fréquents. Les facteurs de risque de ceux-ci sont nombreux, avec en première position la grossesse. Nous comprenons que l'effet préventif de la césarienne soit actuellement discuté. Cependant, le nombre d'études et de preuves dans ce domaine étant peu élevé, il n'existe pas de recommandations concernant la rééducation périnéale post-partum. De plus, les gynécologues ne sollicitent encore que très peu les MK dans ce domaine puisqu'ils ne connaissent pas bien leurs compétences et n'ont pas beaucoup d'échanges avec eux.

Mots clefs : Césarienne, enquête, gynécologues, rééducation périnéale.

POST-CAESARIAN PERINEAL REHABILITATION AND THE ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST: SURVEY AMONGST MEDICAL AND OBSTETRIC GYNECOLOGISTS IN THE "GRAND EST" REGION

Introduction: The number of deliveries by c-section is constantly increasing in France. However, there is no specific recommendation concerning post-caesarean perineal rehabilitation. Nevertheless, beyond the mode of delivery, the pregnancy itself leaves consequences on the uro-gynaecological sphere.

Methods: A questionnaire was sent to medical gynecologists and obstetricians in the Grand Est region to find out their method of prescribing post-caesarean section rehabilitation and the role that they attribute to the physiotherapists (PTs) in this care. The questionnaires were sent electronically via the URPS for private practitioners and via the secretariats of type 3 maternity units for salaried workers. They were distributed between November 18, 2020, and January 16, 2021.

Results: 41 gynecologists responded to the survey (6.71% of the total population). Cesareanized women represent about 27.3% of the gynecologists' patients and on average 14.9% of them have postpartum perineal symptoms: stress urinary incontinence (53.66%), sexual problems (21.95%), and weakness of the perineum (19.51%) for example. The prescription of post-caesarean perineal rehabilitation was systematic in 34.15% of cases and only in case of symptoms in 36.58%. Among the respondents, 63.41% would like to have additional recommendations concerning post-caesarean perineal rehabilitation. Moreover, only 56.10% of them work in collaboration with a PT for this rehabilitation. The main reasons for non-collaboration were lack of knowledge of PT skills (44.44%), preferential work with a midwife (33.33%), and absence of trained PT in the sector (11.11%). Finally, gynecologists working with PTs receive very few reports or assessments from them.

Discussion and conclusion: Post-caesarean section perineal disorders are frequent. The risk factors for these disorders are numerous, with pregnancy firstly. We understand that the preventive effect of c-section is currently discussed. However, as the number of studies and evidence in this field are low, there are no recommendations concerning postpartum perineal rehabilitation. Besides, gynecologists still do not solicit PTs in this area because they are not familiar with their skills and do not have many exchanges with them.

Keywords: caesarian, c-section, survey, gynecologists, perineal rehabilitation.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. Problématique	1
1.2. Cadre théorique	2
1.2.1. Conséquences de la grossesse sur le plancher pelvien	2
1.2.1.1. Modifications du système endocrinien	3
1.2.1.2. Modifications du système reproducteur	3
1.2.1.3. Modifications du système cardio-vasculaire	3
1.2.1.4. Modifications du système urinaire	4
1.2.1.5. Modifications du système musculo-squelettique	4
1.2.1.6. Facteurs de risque des dysfonctions pelviennes	4
1.2.2. La césarienne	5
1.2.2.1. Césarienne programmée à terme	5
1.2.2.2. Césarienne d'urgence	6
1.2.2.3. Césarienne par convenance	7
1.2.2.4. Les techniques de césarienne	7
1.2.2.5. Césarienne et protection périnéale	8
1.2.3. La rééducation périnéale	9
1.2.3.1. Les sages-femmes	10
1.2.3.2. Les masseurs-kinésithérapeutes	11
1.2.3.3. La prescription de rééducation périnéale	11
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
2.1. Matériel	12
2.1.1. Recherche documentaire	12
2.1.2. Choix du questionnaire	13
2.2. Méthode	13
2.2.1. Critères d'inclusion	13
2.2.2. Éléments du questionnaire	14
2.2.2.1. « Renseignements sur vous » (questions 1 à 9)	14
2.2.2.2. « Renseignements sur votre patientèle » (questions 10 à 15)	14
2.2.2.3. « Votre point de vue » (questions 16 à 26)	14
2.2.2.4. « Recommandations » (questions 27 à 30)	15
2.2.2.5. « Exercice coordonné avec les MK » (questions 31 à 40)	15
2.2.2.6. « Pour conclure » (questions 41 à 43)	15
2.2.3. Pré-tests du questionnaire	15
2.2.4. Population cible	16
2.2.5. Diffusion du questionnaire	16
2.2.6. Analyse des données	17
2.3. Aspects réglementaires et éthiques	17
3. RÉSULTATS	18
3.1. Profil des répondants	18
3.2. Patientèle des répondants	22

3.2.1.	Les femmes césarisées	22
3.2.2.	Les symptômes liés au périnée post-accouchement par voie basse.....	23
3.2.3.	Les symptômes liés au périnée post-accouchement par césarienne.....	25
3.3.	Point de vue des gynécologues répondants.....	26
3.3.1.	Prescription de rééducation périnéale post-accouchement voie basse	26
3.3.2.	Prescription de rééducation périnéale post-césarienne	27
3.3.3.	Explication des différences de stratégies	27
3.3.4.	Enseignement sur la rééducation périnéale post-césarienne	28
3.3.5.	Prescription de rééducation abdominale post-accouchement voie basse	29
3.3.6.	Prescription de rééducation abdominale post-césarienne	30
3.3.7.	Séquelles de la grossesse sur le périnée	31
3.3.8.	Raisons des troubles périnéaux post-partum	31
3.3.9.	Césarienne et périnée	32
3.3.10.	Intérêt de la rééducation périnéale.....	32
3.3.11.	Divergence de point de vue.....	33
3.4.	Recommandations	33
3.5.	Exercice coordonné avec les MK	34
3.5.1.	Orientation vers un professionnel de santé.....	34
3.5.2.	Place de la kinésithérapie.....	35
3.5.3.	Non-collaboration avec des MK	35
3.5.4.	Collaboration avec des MK.....	36
3.5.5.	Connaissance des compétences des MK.....	37
3.6.	« Pour conclure »	37
4.	DISCUSSION.....	38
4.1.	Les biais	38
4.1.1.	Les biais de sélection et de communication.....	38
4.1.2.	Les biais de diffusion et de traçabilité du questionnaire.....	38
4.1.3.	Le biais de représentativité	39
4.1.4.	Le biais de formulation.....	39
4.1.5.	Le biais de désirabilité sociale	40
4.1.6.	Les biais méthodologiques et axes d'amélioration	40
4.2.	Analyse et interprétation des résultats	41
4.2.1.	La patientèle des gynécologues répondants.....	41
4.2.2.	Périnée et grossesse.....	43
4.2.3.	Les prescriptions de rééducation post-partum	44
4.2.4.	Les recommandations post-partum	46
4.2.5.	La collaboration gynécologues-MK	47
4.2.6.	Qu'en est-il des prises en charges périnatales des femmes ?.....	48
5.	CONCLUSION	49

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des illustrations

Figure 1 : Incision de Cohen Stark d'après G. Kayem et C. Raiffort.	7
Figure 2 : Diagramme de flux.	18
Figure 3 : Graphique représentant la moyenne d'âge des gynécologues en fonction de leur département d'exercice.	19
Figure 4 : Graphique présentant la répartition des gynécologues répondants selon leur département d'exercice.	20
Figure 5 : Graphique représentant le type d'activité des gynécologues répondants.....	21
Figure 6 : Graphique présentant l'ensemble des formations complémentaires réalisées par les répondants.....	21
Figure 7 : Graphique présentant le classement des césariennes par ordre croissant de fréquence dans la patientèle des répondants.	23
Figure 8 : Graphique représentant les symptômes périnéaux rencontrés post-accouchement par voie basse et leur fréquence en pourcentage.	24
Figure 9 : Graphique représentant les symptômes périnéaux rencontrés post-accouchement par césarienne et leur fréquence en pourcentage.....	26
Figure 10 : Graphique présentant la comparaison des stratégies de prescription de rééducation périnéale en fonction du mode d'accouchement.	27
Figure 11 : Graphique présentant les informations enseignées durant les études concernant la rééducation périnéale post-césarienne en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État.	29
Figure 12 : Graphique présentant la comparaison des stratégies de prescription de rééducation abdominale en fonction du mode d'accouchement.	30
Figure 13 : Graphique représentant les conséquences de la grossesse sur le périnée selon le panel répondant.....	31
Figure 14 : Graphique représentant les principales causes des troubles périnéaux post-partum selon les gynécologues interrogés.....	32
Figure 15 : Graphique représentant l'intérêt que les gynécologues portent à la rééducation périnéale.	33
Figure 16 : Graphique présentant les choix d'orientation des gynécologues pour leurs patientes concernant la rééducation périnéale post-partum.	35
Figure 17 : Graphique représentant la fréquence des retours satisfaisants, résultats satisfaisants et comptes rendus ou bilans reçus par les gynécologues interrogés après des séances de rééducation périnéale par un MK.	36

Liste des tableaux

Tableau I : Classification de Lucas des césariennes d'urgence par code couleur.	6
Tableau II : Mots clefs utilisés pour la recherche documentaire.	12
Tableau III : Liste des maternités de type 3 du Grand Est.	16

Liste des abréviations

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AFREPP : Association Française de rééducation en Pelvi-Perinéologie

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

ARS : Agence Régionale de la Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DPPNI : Décollement Prématuro d'un Placenta Normalement Inséré

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GHRMSA : Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud Alsace

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MK : Masseur-Kinésithérapeute

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PT : Physiothérapeute

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Semaines d'Aménorrhées

SF : Sage-Femme

SIREPP : Société Internationale de rééducation en Pelvi-Périnéologie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

1.1. Problématique

Depuis plusieurs années, le nombre d'accouchements par césarienne augmente. De nos jours, en France, une femme sur cinq accouche par césarienne et près de la moitié d'entre elles étaient programmées (1). Cependant, le taux de morbi-mortalité étant plus élevé pour la femme et pour le nouveau-né que lors d'un accouchement par voie basse, des recommandations spécifiques sont mises en place pour les césariennes programmées.

La rééducation périnéale est très répandue en France. Elle est prescrite par des médecins, en particulier des gynécologues en post-partum et est réalisée par des sages-femmes (SF) et des masseurs-kinésithérapeutes (MK). Ce type de prise en charge regroupe un grand nombre de techniques. La rééducation périnéale est recommandée pour traiter l'incontinence urinaire ou anale persistant à 3 mois du post-partum. Cependant, elle n'est pas recommandée dans les 2 mois suivant l'accouchement, chez des femmes asymptomatiques ou pour traiter un prolapsus et des dyspareunies. Ces recommandations ne spécifient pas de différences de prises en charge en fonction du mode d'accouchement. De plus, les recommandations spécifiques post-césariennes rédigées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2015, ne mentionnent pas l'aspect de la rééducation périnéale (2).

La déchirure périnéale, la sur-mobilité urétrale et la dénervation périnéale sont des exemples de conséquences de l'accouchement par voie basse sur le périnée (3). Cependant, il est plus difficile d'imaginer qu'un accouchement par césarienne puisse aussi entraîner des conséquences périnéales. Pourtant, d'après des études, nous retrouvons, en moyenne, une incontinence fécale dans 5% des accouchements par césariennes contre 8% pour les accouchements par voie basse et une incontinence urinaire dans 40% des cas pour les femmes avec un accouchement vaginal versus 28,8% pour les femmes césarisées (4,5). Concernant les troubles sexuels, à long terme, il n'existerait pas de différence pour la prévalence des dyspareunies entre les femmes césarisées et les femmes ayant accouché par voie basse (6).

Ainsi, au-delà de l'accouchement, la grossesse en elle-même aurait des conséquences sur le périnée. Néanmoins, il n'existe pas de consensus concernant la rééducation périnéale post-césarienne, celle-ci n'étant pas toujours prescrite.

Nous venons donc à nous poser les questions de recherche suivantes : les gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est prescrivent-ils de la rééducation périnéale post-césarienne ? À quel degré impliquent-ils les MK dans cette prise en charge ?

Nous émettons l'hypothèse que les méthodes de prescription de rééducation périnéale sont hétérogènes dans le Grand Est. Nous pensons également qu'elles diffèrent en fonction du mode d'accouchement. De plus, les gynécologues n'attribuent pas tous un rôle important aux MK dans cette rééducation.

1.2. Cadre théorique

1.2.1. Conséquences de la grossesse sur le plancher pelvien

Les troubles pelviens post-accouchement sont souvent assimilés au traumatisme périnéal provoqué par l'accouchement par voie basse. Cependant, l'accouchement ne peut pas expliquer ceci à lui seul puisque l'on retrouve près de 20% des femmes ayant donné naissance par césarienne, atteintes de troubles de la statique pelvienne (7). Ainsi, la grossesse en elle-même jouerait un rôle sur les troubles pelviens, indépendamment du mode d'accouchement.

En effet, au cours de la grossesse, le corps de la femme subit de nombreux changements anatomiques et physiologiques susceptibles d'entraîner des complications. Ceux-ci sont principalement dus à l'interaction de quatre facteurs : les changements hormonaux, l'augmentation du volume sanguin total avec davantage d'afflux sanguin vers l'utérus et les reins, l'agrandissement et le déplacement de l'utérus dus à la croissance du fœtus et un poids corporel de la femme plus élevé suivi de changements adaptatifs de son centre de gravité et de sa posture (8).

Les conséquences de la grossesse sur le plancher pelvien et la sphère uro-gynécologique sont donc multiples.

1.2.1.1. Modifications du système endocrinien

Les hormones jouent un rôle important dans les modifications du corps de la femme lors de la grossesse. La première concernée est la progestérone. Elle provoque principalement une diminution du tonus des muscles lisses entraînant au niveau uro-gynécologique un tonus musculaire utérin et urétral réduits, une activité utérine diminuée, une réduction du tonus musculaire du détroit, une dilatation de l'uretère et une augmentation de la capacité vésicale. Un changement au niveau des œstrogènes est aussi retrouvé. Lors de la grossesse, elles provoquent une augmentation de la croissance de l'utérus et des canaux mammaires ainsi qu'une augmentation du glycogène vaginal. Elles permettent également d'amorcer les sites récepteurs de la relaxine. Enfin, la relaxine, elle, permet une plus grande extensibilité articulaire, ligamentaire et musculaire puisque premièrement elle augmente le volume du collagène et deuxièmement elle modifie ce collagène. En effet, grâce à la relaxine, la teneur en eau du collagène augmente. Ainsi, l'extensibilité des articulations pelviennes, des capsules articulaires et du col de l'utérus est augmentée. De plus, elle joue un rôle dans la capacité de l'utérus à se distendre, dans la production de tissu conjonctif de soutien, nécessaire pour la croissance des fibres musculaires et dans la relaxation des muscles du plancher pelvien (8).

1.2.1.2. Modifications du système reproducteur

L'utérus grossit dès le début de la grossesse tandis qu'il se ramollit, se distend et se dilate dans les dernières semaines de grossesse. Lors de sa croissance, il devient un organe abdominal en contact direct avec la paroi abdominale. Cela cause un déplacement des intestins (8).

1.2.1.3. Modifications du système cardio-vasculaire

Lors de la grossesse, les muqueuses s'activent davantage et deviennent plus productives. C'est le cas de la muqueuse vaginale, ce qui amplifie les pertes vaginales. Ceci s'explique notamment par l'augmentation de la circulation sanguine et par leur stimulation hormonale. Aussi, la prise de poids, une légère hypotonie vasculaire et les modifications du collagène sont des facteurs qui peuvent provoquer chez certaines femmes des varicosités de la vulve et de l'anus (hémorroïdes) (8).

1.2.1.4. Modifications du système urinaire

Concernant les voies urinaires supérieures, les reins s'allongent d'environ un centimètre et les voies excrétrices se dilatent. Cette dilatation est provoquée par l'obstruction des voies excrétrices par l'utérus gravide et par l'effet myorelaxant de la progestérone. Pour les voies urinaires inférieures, durant la grossesse, nous retrouvons principalement une hypertrophie du détrusor, une hypotonie de la vessie et une augmentation de la capacité de la vessie. La forme de la vessie est modifiée. Elle est aussi tirée vers le haut, en abdominal, du fait de l'utérus qui grossit (9). De plus, nous retrouvons une modification de la pression abdominale qui se dirige de plus en plus vers la fente vulvaire. Ceci s'explique par un poids viscéral augmenté et des moyens de suspensions moins forts (10).

1.2.1.5. Modifications du système musculo-squelettique

L'ensemble du système musculo squelettique est affecté par la grossesse notamment par l'augmentation de l'extensibilité et de la souplesse des tissus mous. La sphère uro-gynécologique composée par l'utérus, la symphyse pubienne et les ligaments pubiens, est également concernée (7). Le système d'amarrage des viscères pelviens est notamment plus faible (10). Chez la plupart des femmes, les courbures lombaires et thoraciques sont augmentées, modifiant ainsi la statique pelvienne globale.

Il n'existe pas de consensus concernant le temps que mettra une femme à récupérer une physiologie identique à celle avant la grossesse. Par exemple, il a été démontré qu'une augmentation de la mobilité du col de la vessie et de l'urètre persiste 4 mois après l'accouchement chez des femmes ayant subi une césarienne. Certains auteurs suggèrent notamment que l'effet de la grossesse sur le soutien urétral pourrait être irréversible (11).

1.2.1.6. Facteurs de risque des dysfonctions pelviennes

Le terme « *dysfonctions pelviennes* » est général, il comprend : les troubles urinaires et fécaux, y compris les incontinences et l'hyperactivité vésicale mais aussi les prolapsus et les troubles sexuels.

Au-delà du mode d'accouchement, il existe d'autres facteurs de risque responsables de ces troubles. Nous retrouvons principalement : l'âge, l'origine ethnique, la multiparité, la grossesse, la toux chronique, l'obésité et les antécédents génétiques. Les facteurs de risque liés à la grossesse sont : le tabagisme, l'indice de masse corporelle (IMC), la durée du travail, le poids du nouveau-né et l'analgésie de la péridurale (12). L'accouchement par voie basse ne peut donc pas être le seul responsable des troubles périnéaux.

1.2.2. La césarienne

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus exercées dans le monde. En France métropolitaine, en 2016, les césariennes représentaient 20,2% des accouchements dont 9,3% étaient réalisées avant travail (13). En effet, elles peuvent être programmées par l'équipe médicale du fait d'un risque connu à l'avance ou exercées d'urgence lorsque la mère et/ou l'enfant sont en danger.

1.2.2.1. Césarienne programmée à terme

Une césarienne programmée à terme est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *une césarienne non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail, réalisée à partir de 37 semaines d'aménorrhées (SA) révolues.* » Chaque situation est à analyser avec précaution mais des recommandations ont été mises en place (14).

La césarienne programmée à terme est recommandée lors d'un utérus cicatriciel chez une patiente ayant subi 3 césariennes ou plus. Elle l'est aussi lorsque l'enfant se présente par le siège et qu'il y a une « *confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales* », une « *déflexion persistante de la tête fœtale* » ou une « *non-coopération de la patiente* ». Lorsque le poids du fœtus est « *supérieur à 5000 g ou à 4500 g avec une mère diabétique* » ou lors d'une « *suspicion de macrosomie et antécédents de dystocie des épaules* », elle est mise en place. De plus, la HAS recommande une césarienne programmée lorsque « *la charge virale maternelle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est supérieure à 400 copies VIH/mL* », lors de la « *co-infection VIH/virus de l'hépatite C (VHC)* » ou si une « *primo-infection herpétique se déclare après 35 semaines* ». Dans d'autres indications, la césarienne

programmée est discutée au cas par cas comme par exemple lors de problèmes de placentation, de malformations fœtales ou fœtopathies, de pathologies maternelles intercurrentes ou de problèmes périnéaux (14).

1.2.2.2. Césarienne d'urgence

Les césariennes peuvent aussi être pratiquées en urgence sur décision de l'obstétricien. Cette décision s'appuie souvent sur une classification par code de couleur selon le degré d'urgence (tab. I) (15).

Tableau I : Classification de Lucas des césariennes d'urgence par code couleur.

	Situation clinique	Délai décision/ naissance	Indications
Code vert	En cas de nécessité d'une naissance prochaine sans menace à court terme	≤ 60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Échec de déclenchement • Stagnation de la dilatation ou de la descente de présentation • Présentations dystociques • Patientes en travail spontané et ayant une césarienne prophylactique prévue ultérieurement
Code orange	En cas de menace à court terme du pronostic	≤ 30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies du rythme en dehors de la bradycardie • Échec d'extraction instrumentale sans anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF)
Code rouge	En cas de menace immédiate du pronostic vital	≤ 15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie fœtale sans récupération du RCF dans les 10 min • Échec d'extraction instrumentale sur anomalies du RCF en cours d'expulsion • Suspicion de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI) • Placenta prævia avec hémorragie maternelle abondante • Suspicion de rupture utérine • Procidence du cordon • Éclampsie

1.2.2.3. Césarienne par convenance

La césarienne est parfois réalisée sur demande de la mère. Cependant, le médecin a pour possibilité de refuser et d'adresser la patiente à un confrère susceptible d'accepter. La demande n'est pas en soi une indication de césarienne, il y a obligation de discuter avec la patiente et de l'informer. L'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite donc une analyse, par le professionnel de santé, des motivations de la patiente et une information des risques associés à la césarienne (14,16).

1.2.2.4. Les techniques de césarienne

Les techniques de césarienne sont multiples. Elles diffèrent sur le type d'incision abdominale ou le type d'hystérotomie par exemple mais la césarienne peut aussi être vaginale ou dans de rares cas extra péritonéale. Cependant, la plus pratiquée en France est la méthode de « *Cohen Stark* » aussi appelée « *Misgav-Ladach* » (fig.1). Connue pour sa simplicité et sa rapidité, elle permettrait une diminution de la morbidité maternelle à court terme, ainsi qu'une diminution des pertes sanguines, des infections post-partum et des douleurs (17,18).

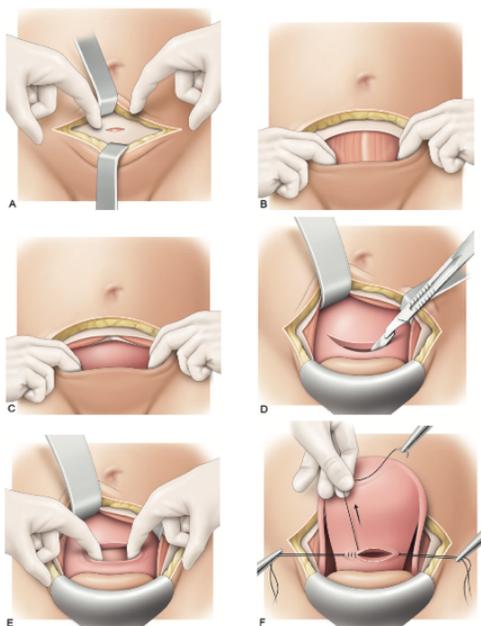


Figure 1 : Incision de Cohen Stark d'après G. Kayem et C. Raiffort.

L'incision, d'une largeur d'environ 17 cm, est réalisée à 3 cm en dessous de la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Elle est approfondie au centre avec un bistouri jusqu'au contact de l'aponévrose des muscles grands droits qui sont écartés transversalement à l'aide des index des opérateurs. Ensuite, le péritoine pariétal est ouvert grâce à une traction cranio-caudale. L'ouverture doit être suffisamment grande, pour que le fœtus puisse passer. Un écarteur sus-pubien est mis en place afin d'optimiser l'accès au segment inférieur de l'utérus qui est lui-même incisé. L'opérateur peut alors empaumer la tête de l'enfant pour aider à sa libération. L'utérus est réintégré dans l'abdomen après mise en place de clamps et de surjets sur l'hystérotomie, évacuation des caillots et contrôle d'une bonne rétraction utérine (17). La suture de l'hystérotomie se fait alors en un plan. Le péritoine, quant à lui, n'est pas suturé (18).

La césarienne est, dans la plupart des cas, réalisée sous anesthésie locorégionale, parfois même lorsqu'elle est urgente (19). Il est important de noter qu'elle peut causer des complications : hémorragiques, traumatiques, infectieuses, thromboemboliques, déchirures des voies génitales, plaies intestinales et plaies urinaires (17). Au contraire d'un accouchement par voie basse, elle s'accompagne, dans la plupart des cas, d'un sondage urinaire avant, pendant l'intervention et jusqu'à 12 heures après (2). Nous notons cependant que les sondes urinaires sont responsables de complications sur la sphère uro-gynécologique : infections urinaires, fuites urinaires, difficultés mictionnelles, anomalies du jet et troubles sexuels (20).

1.2.2.5. Césarienne et protection périnéale

La césarienne a longtemps été considérée comme un moyen d'éviter les lésions et dysfonctions périnéales. Cependant, le lien entre le mode d'accouchement et les symptômes périnéaux n'a pas été prouvé scientifiquement. La césarienne à but préventif est donc actuellement discutée.

Dans les recommandations pour la pratique clinique rédigées par le CNGOF nous retrouvons ceci :

- « *Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne en prévention primaire de l'incontinence urinaire ou anale postnatale (grade B).* »

- « *En l'absence d'études à haut niveau de preuve, il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée en prévention primaire du prolapsus génital (accord professionnel).* »
- « *Il n'est pas recommandé de proposer la réalisation d'une césarienne programmée pour protéger la fonction sexuelle (grade C).* »

Depuis ces recommandations de 2018, la césarienne n'est donc plus préconisée dans l'unique but d'une prévention primaire des dysfonctions périnéales (21).

1.2.3. La rééducation périnéale

Initiée dans les années 1950 par l'américain Arnold KEGEL, la rééducation périnéale est désormais bien répandue dans le monde (22). Pratiquée dans diverses situations et avec des techniques multiples, elle est surtout reconnue dans le cadre du post-partum. En effet, en France, la rééducation périnéale fait partie des actes pris en charge au titre de l'assurance maternité listées dans l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale (23).

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), désormais nommée HAS, a rédigé des recommandations en 2002 sur la rééducation dans le cadre du post-partum. Elles s'adressent à tous les professionnels impliqués dans cette rééducation et portent sur tous les types d'accouchements (voie basse avec ou sans intervention et césarienne).

Concernant la rééducation périnéo-sphinctérienne, elle ne pourra débuter qu'après l'examen post-natal (six à huit semaines après l'accouchement) et après un bilan complet réalisé par le thérapeute. Elle ne doit pas être systématiquement prescrite mais doit s'appuyer sur un examen clinique et sur les symptômes décrits par la patiente. La nécessité d'une rééducation périnéale post-partum est indiquée si « *persistance de douleurs périnéales* », « *persistance de faiblesse des muscles du périnée* » ou « *persistance d'incontinence* ». Dix à vingt séances peuvent être proposées. Le but de la rééducation périnéale post-partum est de « *redonner aux patientes un périnée indolore et un tonus périnéal correct afin de verrouiller efficacement le périnée lors des efforts* » (24).

Nous retrouvons aussi des recommandations dans le cadre du post-partum rédigées par le CNGOF en 2015 (2) :

- « *La rééducation périnéale prématurée (dans les 2 mois suivants l'accouchement) ou chez les femmes asymptomatiques n'est pas recommandée.* »
- « *La rééducation périnéale du post-partum guidée par un thérapeute n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus ou des dyspareunies.* »
- « *La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum.* »
- « *La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum, quel que soit le type d'incontinence.* »

Concernant le post-partum après césarienne, de nombreuses recommandations sont mises en place comme une procédure de surveillance spécifique, un lever précoce dès le premier jour, une réglementation précoce et le maintien d'une voie veineuse périphérique pendant 24 heures par sécurité. Cependant, rien n'est spécifié concernant la rééducation périnéale post-césarienne (2).

Deux catégories de professionnels sont qualifiées pour réaliser de la rééducation périnéo-sphinctérienne : la sage-femme et le masseur-kinésithérapeute.

1.2.3.1. Les sages-femmes

Les sages-femmes sont des professionnels de santé dotés de nombreuses compétences : pouvoir de diagnostic, droit de prescription, surveillance et suivi de grossesse ainsi que suivi gynécologique. Elles sont soumises à un code de déontologie et leurs compétences sont bien définies. Concernant la rééducation périnéale à laquelle nous nous intéressons ici, l'article R.4127-318 du code de la santé publique (CSP), modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 nous informe que : « *Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1 : 1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant : [...] la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de*

troubles consécutifs à un accouchement » (25). Elles peuvent donc réaliser la rééducation périnéale sans limite d'âge mais ne peuvent pas l'exercer chez les nullipares, chez les enfants ou chez les hommes. De plus, en cas de pathologie, elles doivent faire appel à un médecin et pratiquer les soins sur prescription médicale (26).

Les sages-femmes n'ont pas la compétence pour la rééducation abdominale, elle est de celle des MK.

1.2.3.2. Les masseurs-kinésithérapeutes

Le masseur-kinésithérapeute est aussi un professionnel de santé habilité à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne. Cependant, pour ce faire, il a besoin d'une prescription médicale. Il ne doit aussi agir qu'à partir du 90^{ème} jour après l'accouchement sauf si les troubles retrouvés au bilan existaient déjà avant l'accouchement. En effet, conformément à l'article R4321-5 du CSP, « *Sur prescription médicale, le MK est habilité à participer aux traitements de rééducation concernant des séquelles, notamment la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement* » (27).

1.2.3.3. La prescription de rééducation périnéale

La rééducation périnéale est prescrite par les médecins, en particulier les gynécologues médicaux et obstétriciens dans le cadre du post-partum. Un examen post-natal réglementé doit se faire dans les six à huit semaines qui suivent un accouchement. Il comprend de nombreux aspects dont la recherche d'incontinence sphinctérienne qui va ainsi permettre la prescription de matériel et de séances de rééducation périnéale.

Selon l'article L 4151-1 du CSP modifié le 26 janvier 2016, « *La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.* » Ainsi, les sages-femmes seraient autorisées à prescrire de la rééducation périnéale dans ce cadre d'examen post-natal (28). Cependant, pour le moment, un MK ne peut en aucun cas accepter une ordonnance émanant d'une sage-femme (29,30).

L'examen post-natal est dans la plupart des cas réalisé par des gynécologues médicaux ou obstétriciens. Concernant les droits de prescription des médecins, ils sont résumés dans l'article

R.4127- 8 du CSP : « [...] Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire [...] » (31). Ainsi, tout médecin inscrit à l'ordre est dans le droit de prescrire de la rééducation périnéale s'il le juge nécessaire. Dans le cadre du post-partum, la prescription est souvent rédigée par les gynécologues médicaux et obstétriciens.

Pour notre étude, nous chercherons donc à répondre aux questions suivantes : les gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est prescrivent-ils de la rééducation périnéale post-césarienne ? À quel degré impliquent-ils les MK dans cette prise en charge ?

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Matériel

2.1.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire de cette étude a été réalisée principalement sur : ScienceDirect, Cochrane, PubMed, Google Scholar et Em Premium. Nous avons privilégié les articles de moins de dix ans et ceux dont la langue était le français ou l'anglais. Cette recherche s'est faite principalement grâce à l'utilisation de mots clefs (tab. II).

Tableau II : Mots clefs utilisés pour la recherche documentaire.

Mots clefs français	Mots clefs anglais
- Césarienne	- Caesarean/ cesarean/ c-section
- Protection périnéale	- Perineal protection
- Type d'accouchement	- Mode of delivery
- Physiologie grossesse	- Physiology pregnancy
- Périnée	- Perineum
- Plancher pelvien	- Pelvic floor
- Incontinence	- Incontinence / pelvic floor disorders
- Rééducation périnéale	- Perineal rehabilitation/ reeducation

Nous avons également utilisé les sites de la HAS, du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), du CNGOF et de Légifrance notamment pour les aspects législatifs et les recommandations. Les sites de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Grand Est nous ont permis de trouver la démographie des médecins dont nous aurons besoin pour les résultats.

2.1.2. Choix du questionnaire

Dans le but de répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une enquête auprès de notre population cible : les gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est. D'après E. Salès-Wuillemin, professeur de sociologie, l'enquête permet de « *mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux* ». Ainsi, l'enquêteur « *provoque la situation et met les sujets en situation de verbalisation de leurs points de vue, comportements et connaissances* ». « *Il se trouve dans un apparent paradoxe parce qu'il tente d'obtenir des réponses spontanées en réponse à un questionnement planifié* » (32).

Pour réaliser notre enquête, nous avons élaboré un questionnaire (ANNEXE I). Il permettra ainsi de récolter des informations principalement quantitatives, mais aussi quelques informations qualitatives grâce aux questions ouvertes. Nous avons privilégié cet outil au dépend des entretiens semi-directifs afin de cibler une population plus importante. Ce questionnaire a été diffusé via le logiciel Google Formulaire® qui est une méthode gratuite, simple, efficace, permettant une large diffusion tout en préservant l'anonymat. Afin d'aiguiller notre rédaction, nous nous sommes appuyés sur la méthode des « *cinq P* » : Pertinence, Parcimonie, Plagiat, Pré-tests, Performances (33).

2.2. Méthode

2.2.1. Critères d'inclusion

Deux critères d'inclusion ont été élaborés pour notre étude. Le répondant doit être un gynécologue obstétricien ou gynécologue médical diplômé d'État et il doit exercer dans le Grand

Est au moment de la diffusion du questionnaire. Ont donc été exclus les professionnels ne répondant pas à ces critères.

2.2.2. Éléments du questionnaire

2.2.2.1. « Renseignements sur vous » (questions 1 à 9)

Nous avons décidé de commencer ce questionnaire avec des questions générales afin de définir notre population répondante : sexe, profession, âge, année d'obtention du diplôme, lieu d'obtention du diplôme, lieu d'exercice et type d'activité. Il nous a aussi semblé pertinent de demander si des formations complémentaires avaient été réalisées, ce qui pourrait modifier le point de vue du professionnel. Les informations de cette catégorie nous permettront de comparer la démographie des répondants à la démographie réelle des gynécologues exerçant dans le Grand Est. Elles serviront également à comparer les points de vue sur la rééducation périnéale post-césarienne et le rôle du MK, en fonction des caractéristiques de chacun.

2.2.2.2. « Renseignements sur votre patientèle » (questions 10 à 15)

Cette seconde catégorie nous permettra de définir la patientèle des professionnels interrogés : pourcentage de femmes césarisées, types de césariennes les plus rencontrées, présence de symptômes périnéaux post-césarienne et post-accouchement par voie basse, et types de symptômes présents. Ceci nous permettra d'une part, de comparer les chiffres obtenus au pourcentage réel de femmes césarisées et d'autre part, de comparer le taux ainsi que la nature des symptômes entre l'accouchement par voie basse et l'accouchement par césarienne.

2.2.2.3. « Votre point de vue » (questions 16 à 26)

À travers cette catégorie, nous cherchons à savoir le point de vue de notre population cible. Nous cherchons aussi à connaître ce qui leur a été enseigné durant les études. Nous pourrions comparer les stratégies de prescription post-césarienne/post-voie basse et si elles sont différentes, en analyser les raisons. Cette section nous permettra d'avoir l'avis des gynécologues sur la protection du périnée grâce à la césarienne et sur l'intérêt de la rééducation périnéale. Nous avons également introduit la notion de rééducation abdominale afin de voir s'il y a une différence de reconnaissance, en comparaison à la rééducation périnéale.

2.2.2.4. « *Recommandations* » (questions 27 à 30)

À travers cette partie, nous souhaitons savoir sur quelles recommandations de bonnes pratiques s'appuient les professionnels interrogés. Nous cherchons également à connaître leur point de vue sur le fait de ne pas aborder la rééducation périnéale dans la rubrique césarienne du CNGOF et leur souhait concernant des recommandations supplémentaires.

2.2.2.5. « *Exercice coordonné avec les MK* » (questions 31 à 40)

Cette avant dernière section a pour but de comprendre la place que les gynécologues attribuent aux MK dans la rééducation périnéale post-partum. Nous cherchons à savoir s'ils travaillent avec des MK, quelles en sont les raisons dans le cas contraire et s'ils ont connaissance de leurs compétences. Ensuite, nous nous interrogeons sur leur expérience de collaboration avec les MK : avis des patientes, résultats obtenus, transmissions réalisées ou pas.

2.2.2.6. « *Pour conclure* » (questions 41 à 43)

La dernière partie de l'étude comporte deux questions portant sur le point de vue des répondants. Celles-ci permettent de conclure le questionnaire. Nous souhaitons savoir s'ils pensent qu'une femme ayant accouché par césarienne doit avoir de la rééducation périnéale au même titre qu'une femme ayant accouché par voie basse et s'ils pensent que le MK est apte à réaliser cette rééducation. Nous avons également ajouté une dernière question ouverte pour des remarques éventuelles.

2.2.3. Pré-tests du questionnaire

Les pré-tests ont été réalisés tout d'abord auprès d'une gynécologue obstétricienne, exerçant hors Grand Est, de manière à avoir le point de vue de la profession concernée. Puis, quinze étudiants en 4^{ème} année à l'IFMK de Nancy ont testé le questionnaire. Ils avaient pour but d'attribuer un temps moyen de réponse, de tester la fonctionnalité des sections du questionnaire et de détecter d'éventuelles incompréhensions de questions. Le temps moyen de réponse était de 8 minutes. Ces pré-tests nous ont permis de corriger quelques fautes de frappe et de

formulation qui rendaient certaines questions mal comprises. De plus, des espaces ont été ajoutés dans l'en-tête afin d'améliorer la lisibilité et une nouvelle section a été créée.

2.2.4. Population cible

Selon les dernières données de l'ARS Grand Est datant de 2016, le Grand Est regroupe 421 gynécologues obstétriciens et 190 gynécologues médicaux. En totalité, 611 gynécologues exercent dans le Grand Est (34). Nous avons pour objectif d'interroger les gynécologues du Grand Est. En prenant en compte cette population, un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, nous avons obtenu un taux de réponse cible de 237 pour que l'échantillon soit représentatif. Ce calcul a été réalisé grâce à l'outil en ligne Survey Monkey® (35).

2.2.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons décidé de diffuser ce questionnaire via l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux pour cibler les professionnels libéraux. Pour cela, nous avons envoyé un courrier électronique au secrétariat de cette instance le 14 novembre 2020 (ANNEXE II). Notre questionnaire a été diffusé le 18 novembre par mail aux gynécologues du Grand Est (ANNEXE III).

D'autre part, nous avons contacté le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) qui nous a donné une réponse négative. Suite à ce refus, afin de cibler les gynécologues salariés, parmi les nombreuses maternités présentes dans le Grand Est (ANNEXE IV), nous avons décidé de joindre les maternités de type 3 (tab. III) (36) :

Tableau III : Liste des maternités de type 3 du Grand Est.

Hôpital	Lieu
Groupe Hospitalier de la région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA)	Mulhouse
Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU)	Nancy
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	Reims
CHU - Hôpital Hautepierre	Strasbourg
Centre Hospitalier (CH)	Troyes

Le contact s'est fait premièrement par téléphone auprès du service de gynécologie. Ensuite, une adresse mail nous a été transmise : celle du chef du pôle ou celle de la direction. Le questionnaire a été diffusé dans toutes les maternités de type 3 du Grand Est à l'exception du CH Troyes qui n'a pas donné de réponse même après une relance.

Le questionnaire a été envoyé à environ 321 personnes : aux 253 gynécologues libéraux du Grand Est et aux 68 gynécologues salariés de Mulhouse, Nancy, Reims et Strasbourg. Nous avons envoyé le questionnaire à environ 52,54% de la population cible de départ.

2.2.6. Analyse des données

Les données recueillies par Google Formulaire® ont pu être analysées directement grâce au logiciel Excel®. Nous avons tout d'abord trié puis analysé les réponses. Les tests statistiques utilisés ont été réalisés grâce au site internet « *BiostaTGV* ». Nous avons notamment utilisé le test du Chi² et le test de Fisher qui permettent de déterminer si la différence entre deux distributions est attribuable au hasard ou est statistiquement significative. Le seuil choisi est de 0,05. Ainsi il existe un lien significatif entre deux variables si $p < 0,05$.

2.3. Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude ne s'inscrit pas dans la loi Jardé car le questionnaire destiné aux soignants est hors champ. Cependant, nous avons utilisé un questionnaire Google Form® qui permet d'avoir des réponses des participants de façon anonyme. Nous avons également précisé dans le paragraphe explicatif en en-tête que les informations collectées ne serviraient uniquement dans le cadre de ce mémoire de fin d'études.

3. RÉSULTATS

3.1. Profil des répondants

Le questionnaire diffusé du 18 novembre 2020 au 16 janvier 2021 a permis de récolter 42 réponses. Nous avons supprimé un doublon, ce qui amène à 41 réponses exploitables. Ceci représente environ 6,71% de la population cible de départ et environ 12,77% de la population visée par l'envoi du questionnaire. Nous présentons ci-dessous notre diagramme de flux (fig. 2).

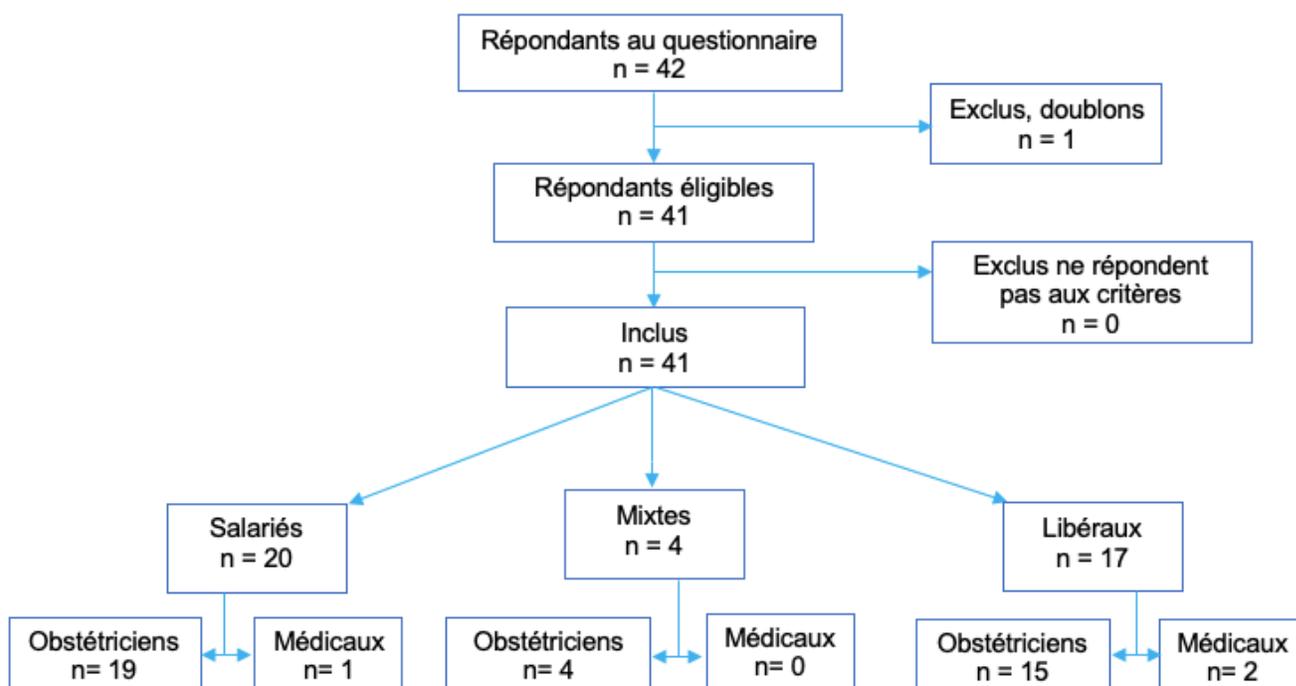


Figure 2 : Diagramme de flux.

Le panel de répondants se compose de 3 gynécologues médicaux et 38 gynécologues obstétriciens. Parmi ceux-ci, nous retrouvons 17 thérapeutes libéraux, 20 salariés et 4 thérapeutes qui exercent une activité mixte. Les femmes sont majoritaires puisqu'elles représentent 68,29% (n=28) contre 31,71% d'hommes (n=13). Les gynécologues médicaux représentent 7,32% (n=3) du panel de répondants contre 92,68% pour les gynécologues obstétriciens (n=38).

La moyenne d'âge des répondants est de 43,5 ans, avec un âge minimal de 30 ans et un âge maximal de 68 ans. Les hommes sont légèrement plus âgés que les femmes avec une moyenne de 45,5 ans, comparé à 42,5 ans pour les femmes. Les gynécologues libéraux sont plus âgés que les salariés avec une moyenne d'âge respective de 50,1 ans et de 34 ans. Les thérapeutes ayant une activité mixte ont, eux, une moyenne d'âge de 63 ans.

La moyenne d'âge des gynécologues en fonction de leur département d'exercice est en corrélation avec les données de la population réelle (fig. 3).

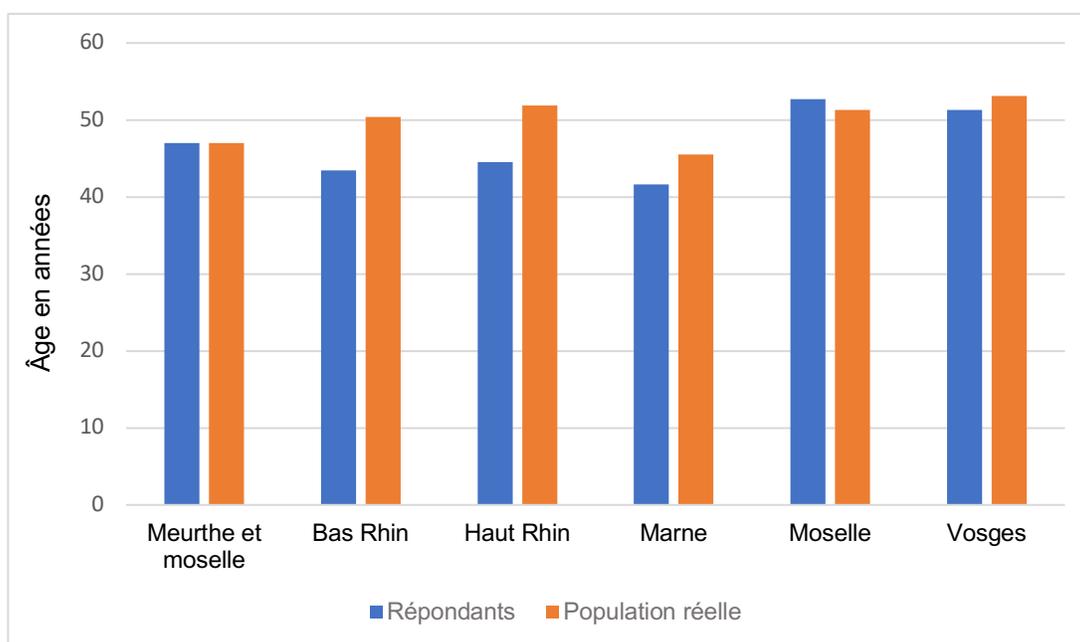


Figure 3 : Graphique représentant la moyenne d'âge des gynécologues en fonction de leur département d'exercice.

À propos du pays d'obtention du diplôme d'État, 95,12% (n=39) des thérapeutes ont été diplômés en France. Nous retrouvons parmi les répondants, 2,44% (n=1) diplômé en Belgique et 2,44% (n=1) diplômé en Syrie.

Concernant la représentation territoriale, le département du Bas-Rhin est le plus représenté avec 41,46% (n=17). Ensuite, suivent les départements de Meurthe-et-Moselle, Haut Rhin et Marne avec chacun 14,63% (n=6). Sont minoritaires les départements des Vosges et de Moselle : 7,32% (n=3) (fig. 4). Nous n'avons obtenu aucune réponse de gynécologues exerçant dans les départements d'Ardennes, Aube, Haute-Marne et Meuse.

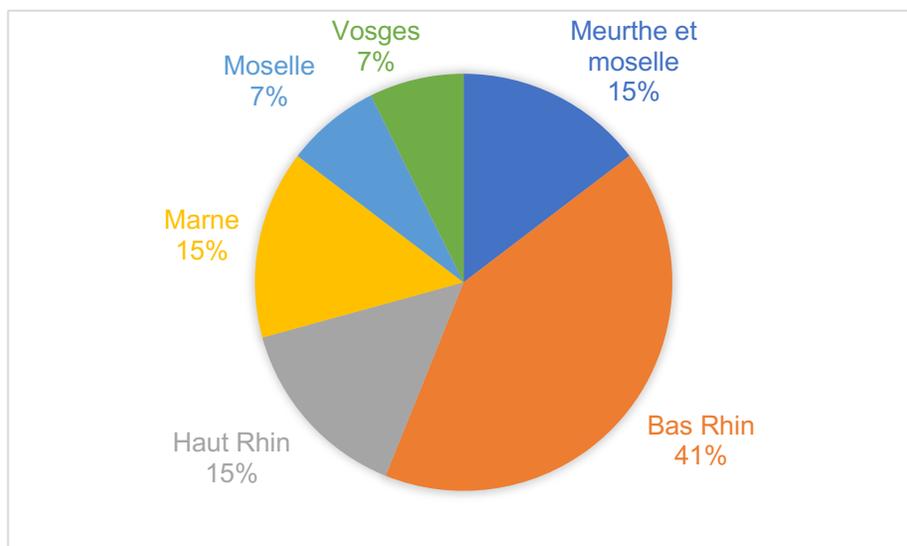


Figure 4 : Graphique présentant la répartition des gynécologues répondants selon leur département d'exercice.

En moyenne, les répondants ont obtenu leur diplôme d'État en 2006. Le diplôme le plus ancien date de 1984 et le plus récent de 2020.

Les femmes ont été diplômées plus récemment que les hommes, puisqu'en moyenne leur diplôme date de 2007, alors que la moyenne pour les hommes est de 2004.

La date moyenne de diplômes des gynécologues salariés est 2016 alors que celle des gynécologues libéraux est 2000. Les thérapeutes exerçant une activité mixte ont été diplômés bien avant les salariés et libéraux : en 1987.

Le diplôme des gynécologues médicaux est plus ancien que celui des gynécologues obstétriciens car nous retrouvons en moyenne une année de diplôme respectivement en 1995 et 2006.

Les gynécologues salariés et libéraux représentent 48,78% (n=20) et 41,46% (n=17) de l'échantillon alors que les gynécologues d'activité mixte sont peu représentés : 9,76% (n=4) (fig. 5). Les femmes sont majoritaires chez les salariés et libéraux : 73,68% (n=14) et 72,22% (n=13) alors qu'elles sont minoritaires pour l'activité mixte : 25% (n=1).

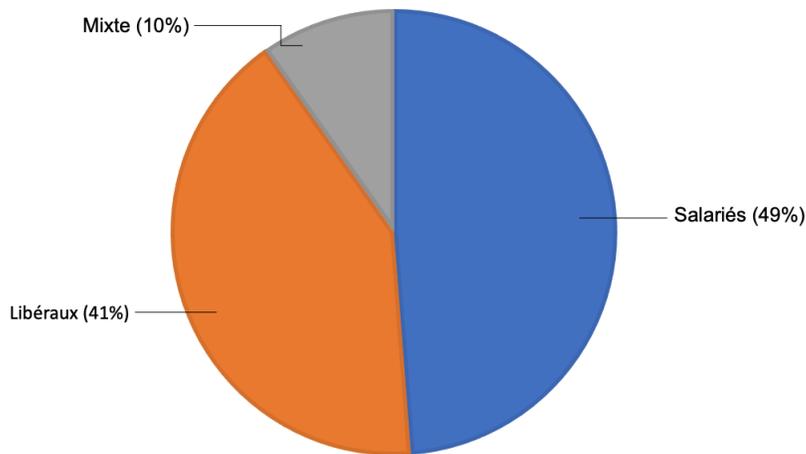


Figure 5 : Graphique représentant le type d'activité des gynécologues répondants.

Concernant les formations complémentaires, 97,56% (n=40) du panel répondant a réalisé au moins une formation après le diplôme d'État. Les formations sont multiples, mais certaines comme l'échographie, ont été effectuées par un grand nombre de gynécologues : 41,46% des répondants (fig. 6).

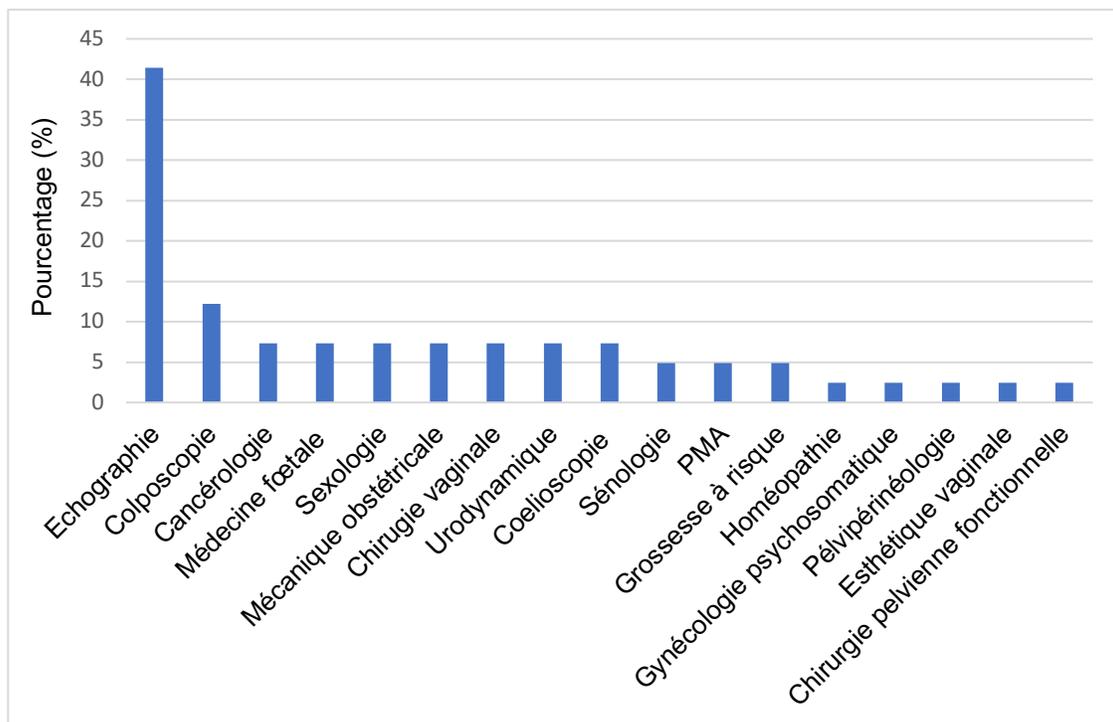


Figure 6 : Graphique présentant l'ensemble des formations complémentaires réalisées par les répondants.

3.2. Patientèle des répondants

3.2.1. Les femmes césarisées

En moyenne, les gynécologues interrogés ont 27,3% de femmes césarisées dans leur patientèle avec une valeur minimale retrouvée de 10% et une valeur maximale de 100%. Les gynécologues obstétriciens ont en moyenne 27,9% de femmes ayant accouché par césarienne dans leur patientèle, alors que les gynécologues médicaux en ont 20% ($p=0,25$).

Les femmes prennent en charge plus de femmes césarisées : 30,7% de leur patientèle alors que cela ne représente que 20% chez les hommes.

Le pourcentage le plus élevé de femmes césarisées se trouve chez les gynécologues libéraux avec 33,5%. Ensuite, nous retrouvons 24,5% chez les gynécologues salariés et 15% chez les thérapeutes exerçant une activité mixte. Ici, la différence entre les 3 valeurs est significative car $p= 0,028$.

Quant aux modes de césarienne les plus courants : la césarienne d'urgence est à la première place dans 80,49% ($n=33$) des cas alors que la césarienne programmée à terme est en deuxième position dans 82,93% ($n=34$). Enfin, la césarienne sur demande de la patiente est la moins courante dans 92,68% ($n=38$) (fig. 7).

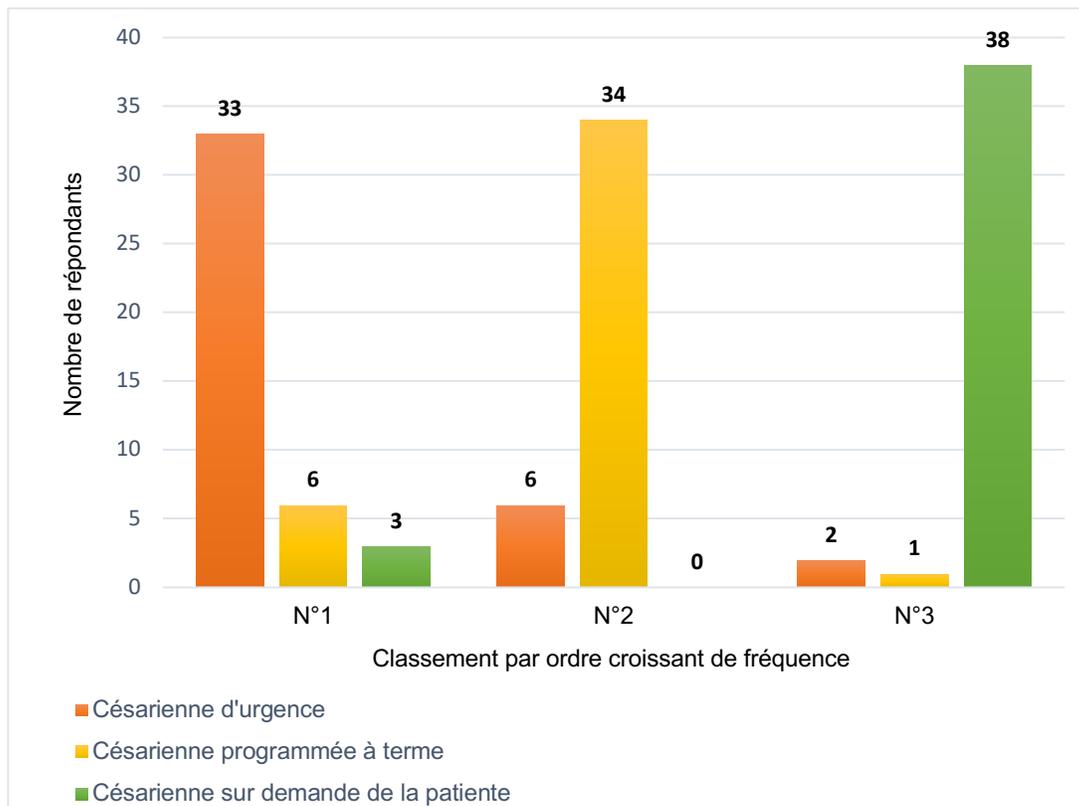


Figure 7 : Graphique présentant le classement des césariennes par ordre croissant de fréquence dans la patientèle des répondants.

3.2.2. Les symptômes liés au périnée post-accouchement par voie basse

En post-partum, après accouchement par voie basse, en moyenne 39,3% des femmes présentent des symptômes liés au périnée selon les gynécologues interrogés. La valeur minimale obtenue est de 10% alors que la valeur maximale est de 80%. Nous retrouvons 50% des femmes ayant accouché par voie basse, de la patientèle des gynécologues médicaux, qui présentent des symptômes, alors que seulement 38,4% des femmes de la patientèle des gynécologues obstétriciens en présentent (différence non significative : $p = 0,13$).

Les gynécologues femmes estiment que 43,6% des femmes ayant accouché par voie basse ont des symptômes périnéaux, alors que les gynécologues hommes évaluent cette proposition à 39,3%.

Les thérapeutes libéraux rencontrent un pourcentage plus élevé de femmes ayant des symptômes périnéaux : 44,7% contre 34,5% chez les thérapeutes salariés. Les gynécologues ayant une

activité mixte estiment que seulement 40% des femmes de leur patientèle présentent des symptômes.

Parmi les symptômes retrouvés après accouchement par voie basse, celui de l'incontinence urinaire d'effort est le plus fréquemment rencontré avec 75,61% (n=31) des cas. Ensuite, 58,54% (n=24) des femmes présentent des dyspareunies et 39,02% (n=16) ont des troubles sexuels. La déchirure des voies génitales, l'incontinence fécale et l'incontinence urinaire de repos sont retrouvées respectivement dans 19,51%(n=8), 4,88% (n=2) et 2,44% (n=1) des cas. Au contraire, les douleurs ne sont pas présentes.

Enfin, 12,20% des femmes de la patientèle des gynécologues interrogés ne présentent aucun symptôme lié au périnée (fig. 8).

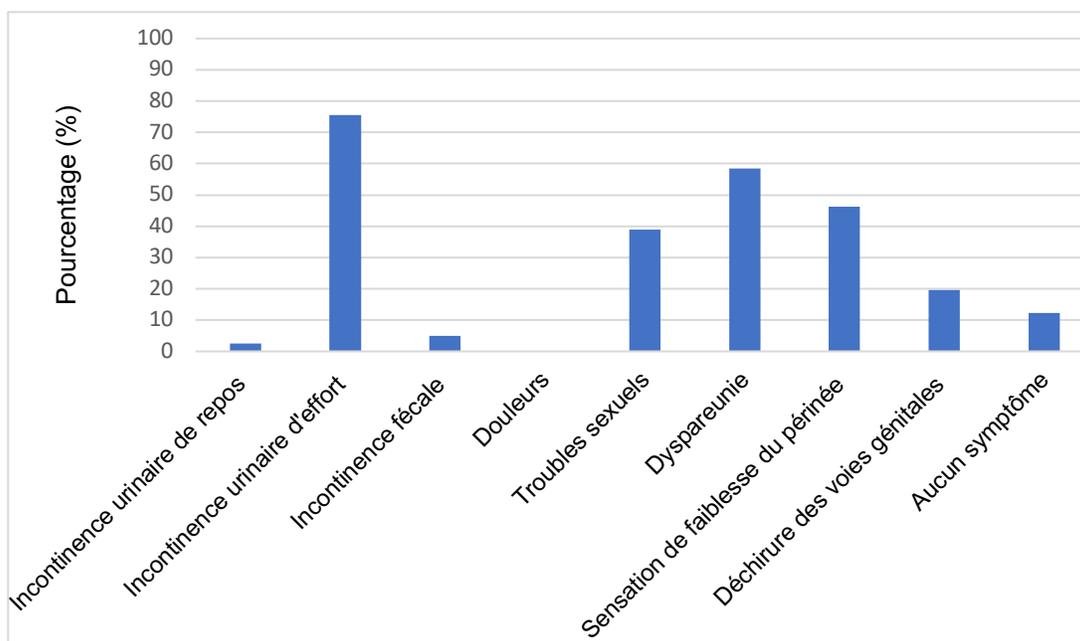


Figure 8 : Graphique représentant les symptômes périnéaux rencontrés post-accouchement par voie basse et leur fréquence en pourcentage.

3.2.3. Les symptômes liés au périnée post-accouchement par césarienne

En post-partum, après accouchement par césarienne, en moyenne 14,9% des femmes présentent des symptômes liés au périnée. Nous retrouvons une réponse minimale de 0% et une réponse maximale de 40%. Les valeurs sont similaires pour la patientèle des gynécologues médicaux et obstétriciens : 16,7% des patientes des gynécologues médicaux présentent des symptômes contre 14,7% de celles des obstétriciens.

Les gynécologues femmes estiment avoir un pourcentage de leurs patientes présentant des symptômes périnéaux légèrement plus élevé que les gynécologues hommes : 15,4% contre 13,8%.

Les valeurs comparées au domaine d'activité sont relativement similaires. Nous retrouvons 14,5% des patientes des gynécologues salariés qui présentent des symptômes, 15,3% des gynécologues libéraux et 15% des thérapeutes exerçant une activité mixte.

Parmi les symptômes retrouvés après accouchement par césarienne, le plus couramment rencontré est celui de l'incontinence urinaire d'effort dans 53,66% (n=22) des cas. Ensuite, 21,95% (n=9) des femmes ressentent des troubles sexuels, 19,51% (n=8) présentent des sensations de faiblesse du périnée et 12,20% (n=5) ont des dyspareunies. L'incontinence fécale, la douleur sur la cicatrice de la césarienne et la rétention d'urine sont retrouvées dans 2,44% (n=1) des cas. L'incontinence urinaire de repos, les douleurs et la déchirure des voies génitales ne sont pas retrouvées. Enfin, 31,71% (n=13) des femmes ayant accouché par césarienne, de la patientèle de gynécologues interrogés, ne présentent aucun symptôme lié au périnée (fig. 9).

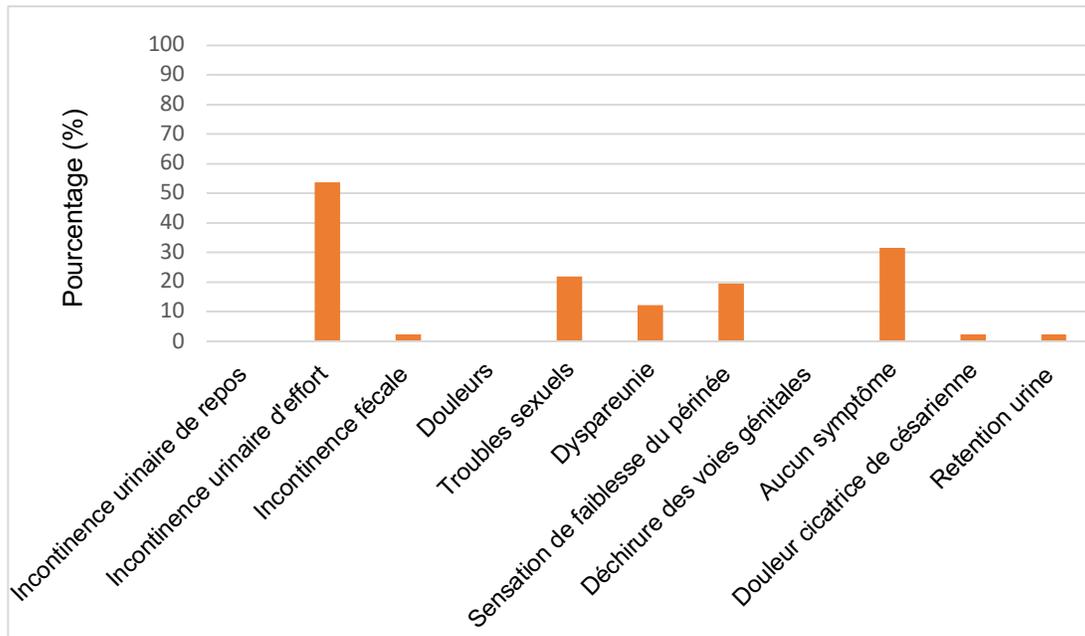


Figure 9 : Graphique représentant les symptômes périnéaux rencontrés post-accouchement par césarienne et leur fréquence en pourcentage.

La différence de pourcentage entre les femmes présentant des symptômes périnéaux post-accouchement par voie basse (39,3%) et celles en présentant post-césarienne (14,9%) est statistiquement significative ($p=0,0009$).

3.3. Point de vue des gynécologues répondants

3.3.1. Prescription de rééducation périnéale post-accouchement voie basse

La prescription de rééducation périnéale après un accouchement par voie basse se fait de manière systématique dans 60,98% ($n=25$) des cas. Parmi ces 25 gynécologues qui la prescrivent systématiquement, 2 ont ajouté qu'ils le faisaient aussi sur demande de la patiente. Ensuite, 26,83% ($n=11$) des gynécologues ne prescrivent que s'il y a des symptômes. Nous retrouvons 12,19% ($n=5$) des répondants prescrivant de la rééducation périnéale lorsqu'il y a des symptômes ou lorsque la patiente en demande. Aucun gynécologue n'a répondu qu'il ne prescrivait jamais de rééducation périnéale post-accouchement par voie basse.

3.3.2. Prescription de rééducation périnéale post-césarienne

La prescription de rééducation périnéale après un accouchement par césarienne se fait de manière systématique dans 34,15% (n=14) des cas. Nous retrouvons 36,58% (n=15) des gynécologues interrogés qui prescrivent de la rééducation périnéale post-césarienne lorsqu'il y a des symptômes. Ensuite, 26,83% (n=11) des thérapeutes en prescrivent lorsqu'il y a des symptômes ou lorsque la patiente en fait la demande. Un des gynécologues interrogés ne prescrit jamais de rééducation périnéale post-césarienne.

3.3.3. Explication des différences de stratégies

Nous pouvons constater que la stratégie de prescription est légèrement différente post-accouchement par voie basse comparée à la post-césarienne (fig. 10). La différence est non significative puisque $p = 0,055$.

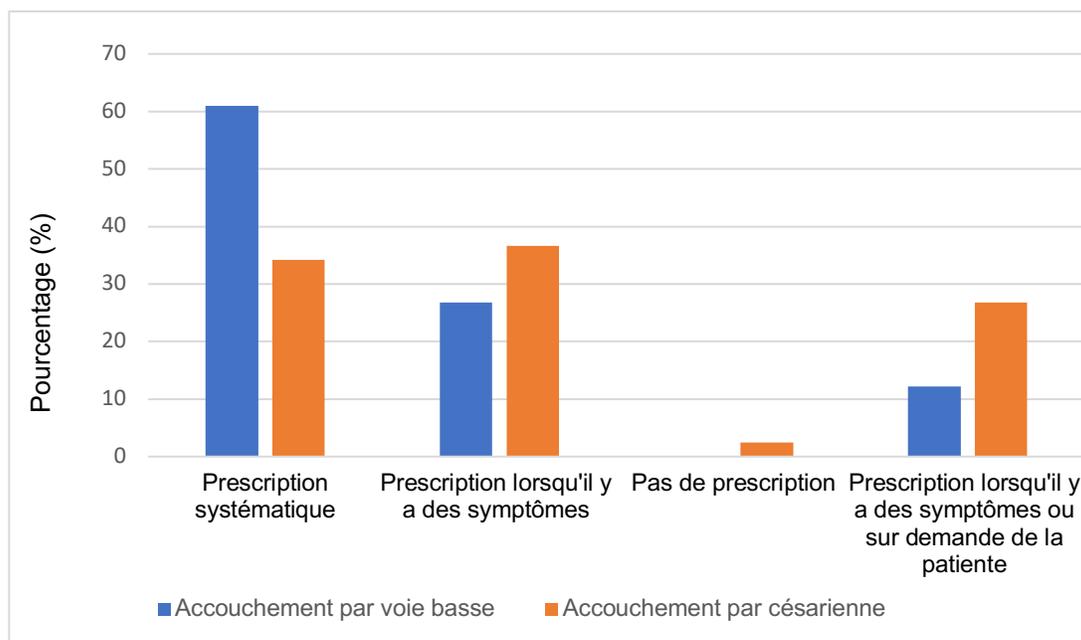


Figure 10 : Graphique présentant la comparaison des stratégies de prescription de rééducation périnéale en fonction du mode d'accouchement.

Les raisons données par les gynécologues sur la différence de leur stratégie de prescription en fonction du mode d'accouchement sont :

- « Nombre de séances initialement prescrites moitié moins pour les césariennes. »
- « Prescription plus ciblée sur les abdominaux. »
- « Moins de traumatisme périnéal avec une césarienne. »
- « Prescription en fonction du test clinique ou si la patiente n'a pas de conscience corporelle. »
- « Il n'y a pas de lésion périnéale après une césarienne en général sauf si celle-ci a lieu en urgence après une tentative de voie basse. Je prescris de la kinésithérapie s'il existe des anomalies. »
- « Rares symptômes en post-césarienne donc rééducation périnéale exceptionnelle. »
- « En césarienne, la filière génitale n'est pas sollicitée au même titre qu'en voie basse. »
- « Pas d'élongation des tissus pelviens (notamment du releveur de l'anus) après une césarienne. »
- « Moindre impact périnéal lors d'une césarienne. »
- « Moins de symptômes. » Retrouvé 2 fois.
- « Moins de demande des patientes. » Retrouvé 2 fois.
- « Selon l'examen clinique. » Retrouvé 2 fois.
- « Selon la connaissance du périnée et la prise de poids. »

Les idées principales retrouvées sont : les symptômes sont moins nombreux car moins de traumatisme périnéal et moins de demandes des patientes césarisées. De plus, la prescription se fait en fonction de l'examen clinique (testing) et si la patiente n'a pas conscience de son corps ni de son périnée.

3.3.4. Enseignement sur la rééducation périnéale post-césarienne

Parmi le panel répondant, 24,39% (n=10) n'ont eu aucune information concernant la rééducation périnéale post-césarienne durant leurs études. La majorité : 43,90% (n=18) a appris que la prescription de rééducation périnéale se faisait uniquement s'il y avait des troubles alors que 19,51% (n=8) ont appris qu'il fallait en prescrire systématiquement. Au contraire, les études ont enseigné à 7,32% (n=3) des gynécologues de ne pas prescrire de rééducation post-césarienne. Ensuite, 4,88% (n=2) des gynécologues ne se souviennent plus de ce qu'il leur a été enseigné durant leurs études. Les réponses des gynécologues ayant fait leurs études en France sont variées. Le thérapeute ayant étudié en Belgique a appris à prescrire une rééducation périnéale systématiquement alors que celui ayant étudié en Syrie a appris qu'il fallait prescrire uniquement si présence de troubles.

Nous constatons également que les informations apportées durant les études des gynécologues diffèrent en fonction de l'année d'obtention du diplôme (fig. 11). Par exemple, pour une année de diplôme entre 1990 et 2000, 60% des gynécologues n'ont reçu aucune information à ce sujet contrairement à 17,39% des diplômés entre 2011 et 2020.

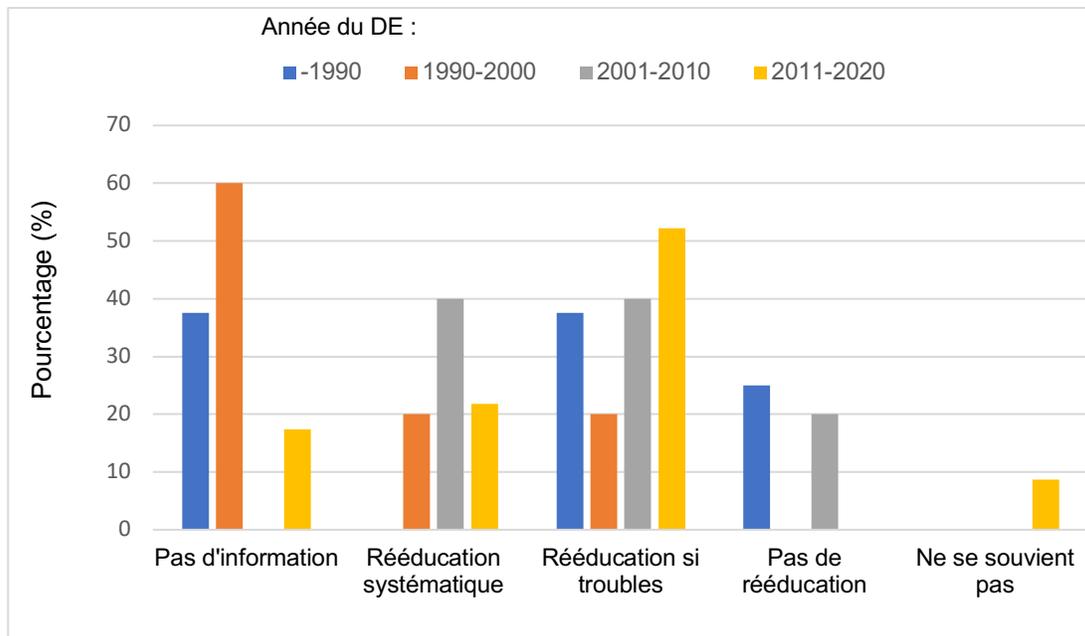


Figure 11 : Graphique présentant les informations enseignées durant les études concernant la rééducation périnéale post-césarienne en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État.

3.3.5. Prescription de rééducation abdominale post-accouchement voie basse

La prescription de rééducation abdominale après un accouchement par voie basse se fait de manière systématique dans 36,58% (n=15) des cas. Parmi ces 15 gynécologues qui prescrivent systématiquement, 2 ont ajouté qu'ils le faisaient aussi à la demande de la patiente. Ensuite, 21,95% (n=9) des gynécologues ne font une prescription qu'en cas de symptômes. Nous retrouvons 17,07% (n=7) des répondants qui prescrivent de la rééducation périnéale lorsqu'il y a des symptômes ou lorsque la patiente en demande. Quatre gynécologues, soit 9,76% des répondants, n'en prescrivent que sur demande de la patiente. Pour finir, 6 gynécologues soit 14,63% du panel répondant, ne prescrivent jamais de rééducation abdominale après un accouchement par voie basse.

3.3.6. Prescription de rééducation abdominale post-césarienne

La prescription de rééducation abdominale après un accouchement par césarienne se fait de manière systématique dans 39,02% (n=16) des cas. Parmi ceux-ci, 2 ont spécifié qu'ils agissaient aussi sur demande de la patiente. Nous retrouvons 21,95 % (n=9) des gynécologues interrogés qui prescrivent de la rééducation abdominale post-césarienne lorsqu'il y a des symptômes. Ensuite, 17,07% (n=7) des thérapeutes prescrivent la rééducation lorsqu'il y a des symptômes ou lorsque la patiente en fait la demande. Enfin, 7,32% (n=3) ne prescrivent de rééducation abdominale post-césarienne que sur demande de la patiente et 14,63% (n=6) n'en prescrivent jamais.

Nous constatons que la stratégie de prescription de rééducation abdominale est similaire, peu importe le mode d'accouchement : différence non significative avec $p=0,96$ (fig. 12).

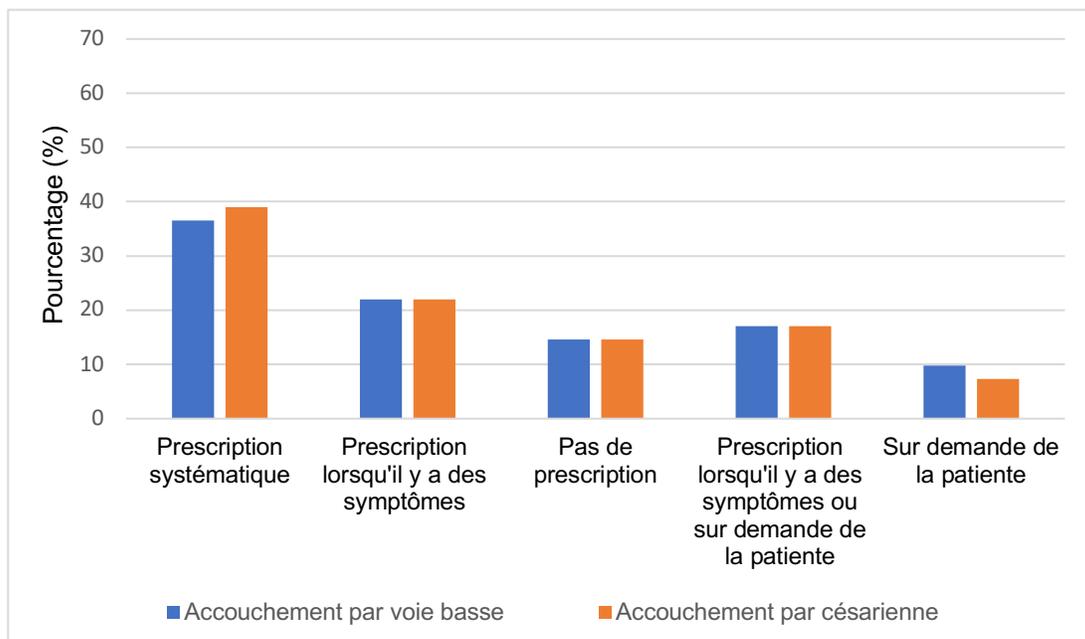


Figure 12 : Graphique présentant la comparaison des stratégies de prescription de rééducation abdominale en fonction du mode d'accouchement.

3.3.7. Séquelles de la grossesse sur le périnée

La majorité des gynécologues interrogés, 87,80% (n=36), pensent que la grossesse en elle-même laisse des séquelles sur le périnée à court et à long terme. À contrario, 9,76% (n=4) pensent que les séquelles sont uniquement présentes à court terme. Un gynécologue, 2,44% des répondants, pense que la grossesse ne laisse aucune séquelle sur le périnée (fig. 13).

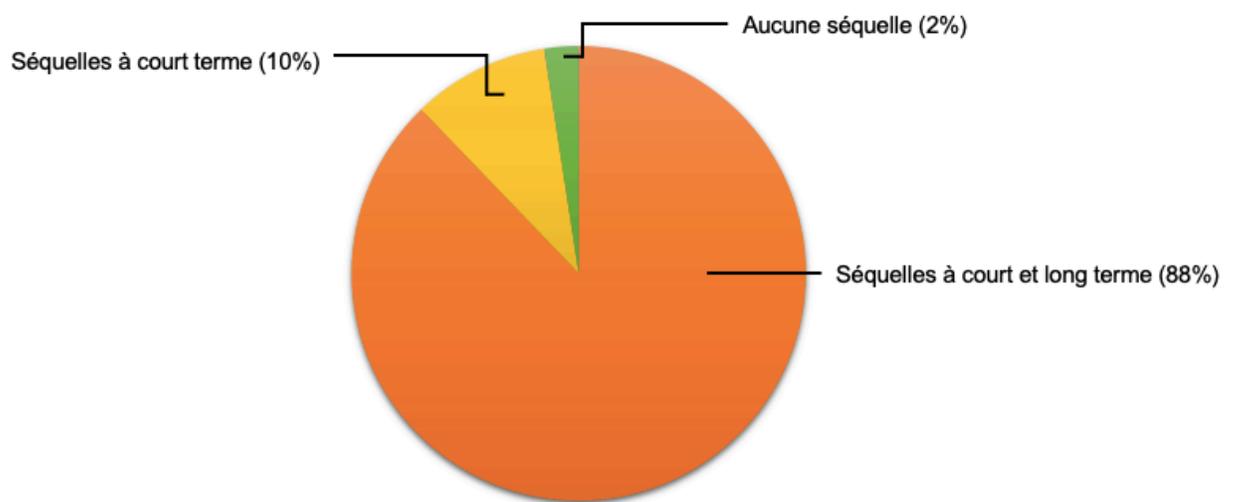


Figure 13 : Graphique représentant les conséquences de la grossesse sur le périnée selon le panel répondant.

3.3.8. Raisons des troubles périnéaux post-partum

De multiples causes aux troubles périnéaux du post-partum sont retrouvées. Les principales sont : le processus de l'accouchement (92,68%), le poids de l'enfant (80,49%), les accouchements multiples par voie basse (63,41%), la prise de poids de la mère (60,98%) ainsi que ses activités sportives (58,54%). Ensuite, nous trouvons l'âge de la mère et les grossesses multiples avec 48,78%. D'autres causes ont été identifiées et résumées dans un graphique (fig. 14).

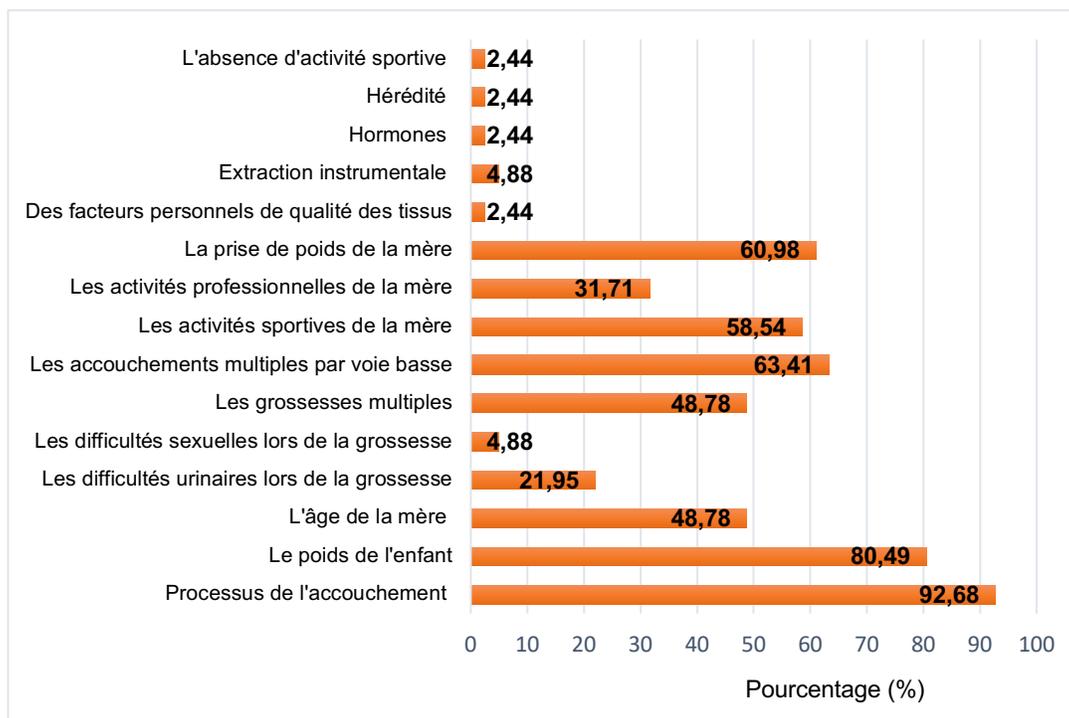


Figure 14 : Graphique représentant les principales causes des troubles périnéaux post-partum selon les gynécologues interrogés.

3.3.9. Césarienne et périnée

Nous retrouvons plus de la moitié : 65,85% (n=27) des thérapeutes interrogés qui pensent que la césarienne est un moyen de protéger partiellement le périnée. Douze gynécologues (29,27%) estiment, eux, qu'elle ne protège pas du tout le périnée, au contraire des 4,88% (n=2) qui pensent qu'elle permet une protection complète du périnée.

3.3.10. Intérêt de la rééducation périnéale

Concernant l'intérêt de la rééducation périnéale, 46,34% (n=19) des gynécologues estiment que la rééducation périnéale en générale a un intérêt majeur. Ensuite, 63,41% (n=26) pensent que la rééducation périnéale post-accouchement par voie basse a un intérêt majeur, alors que c'est seulement le cas dans 31,71% (n=13) post-césarienne (fig. 15).

La différence entre les valeurs de cette question est statistiquement significative puisque $p = 0,014$.

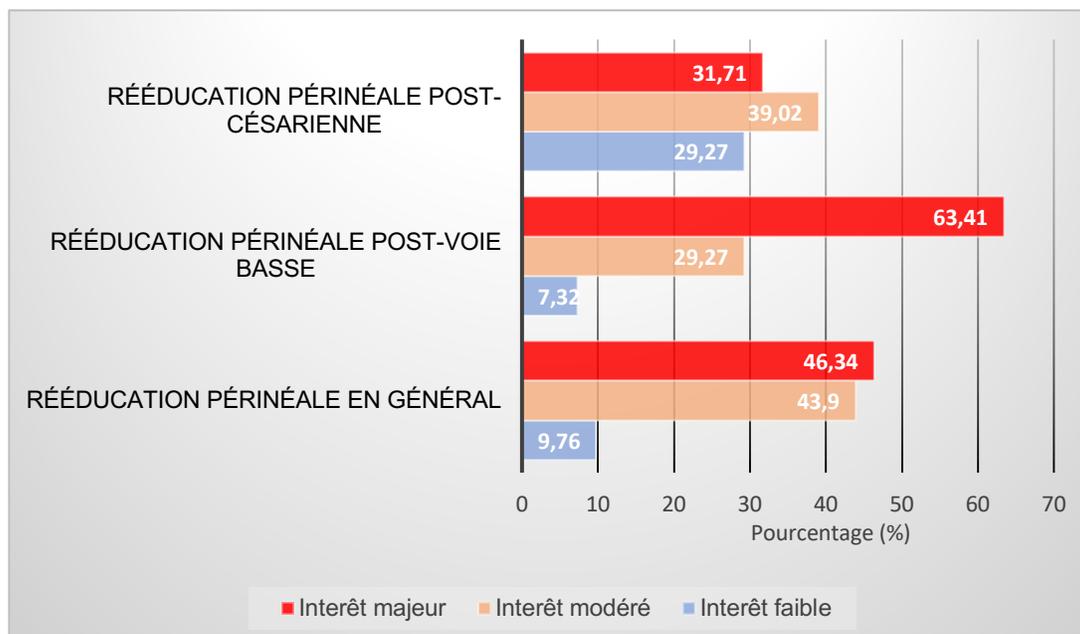


Figure 15 : Graphique représentant l'intérêt que les gynécologues portent à la rééducation périnéale.

3.3.11. Divergence de point de vue

Parmi les gynécologues ayant répondu à notre étude, 56,1% (n=23) estiment qu'il y a une divergence de point de vue entre les gynécologues concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Ensuite, 41,46% (n=17) ont répondu qu'ils ne savaient pas et 2,44% (n=1) qu'il n'y a pas de divergence de point de vue.

3.4. Recommandations

La totalité des gynécologues interrogés s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques dans l'exercice de leur métier. De plus, l'ensemble d'entre eux suit les recommandations du CNGOF. Puis, 60,98% (n=25) s'appuient sur celles de la HAS, 2,44% (n=1) sur celles des congrès, 2,44% (n=1) sur celles d'autres sociétés scientifiques et 2,44% (n=1) sur l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Dans les recommandations de 2015 du CNGOF pour la bonne pratique clinique dans le cadre du post-partum, la rubrique « *césarienne* » ne contient aucune information concernant la rééducation périnéale. Sur les 41 gynécologues répondants, 78,05% (n=32) ne trouvent pas cela

cohérent alors que 21,95% (n=9) pensent le contraire. Seulement 66,67% des gynécologues médicaux ne sont pas d'accord avec cette proposition alors que 78,94% des gynécologues obstétriciens ne le sont pas. La différence est non significative puisque $p = 0,53$.

Parmi les 32 gynécologues qui ne sont pas en accord avec les recommandations de 2015 du CNGOF, 63,41% (n=26) aimeraient avoir des recommandations supplémentaires concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Au contraire, 14,63% (n=6) estiment que ce n'est pas nécessaire. Entre ces 6 gynécologues, on en retrouve 5 qui exercent en libéral et 1 qui a une activité mixte. Ainsi, aucun gynécologue salarié n'a répondu qu'il trouvait inutile d'avoir des recommandations supplémentaires.

3.5. Exercice coordonné avec les MK

3.5.1. Orientation vers un professionnel de santé

Lors de la question posée aux gynécologues « *Vers quel professionnel de santé adressez-vous votre patientèle pour une rééducation périnéale post-partum ?* », 36,59% (n=15) ont coché « *vers une sage-femme* », 36,59% (n=15) « *vers une kinésithérapeute* » et 60,98% (n=25) « *vers le professionnel que la patiente désire* ». Deux gynécologues (4,88%) ont répondu qu'ils adressaient uniquement à une sage-femme et trois (7,32%) uniquement à un kinésithérapeute. Au contraire, 53,66% (n=22) n'ont pas de préférence et adressent leurs patientes vers le professionnel qu'elles désirent (fig. 16).

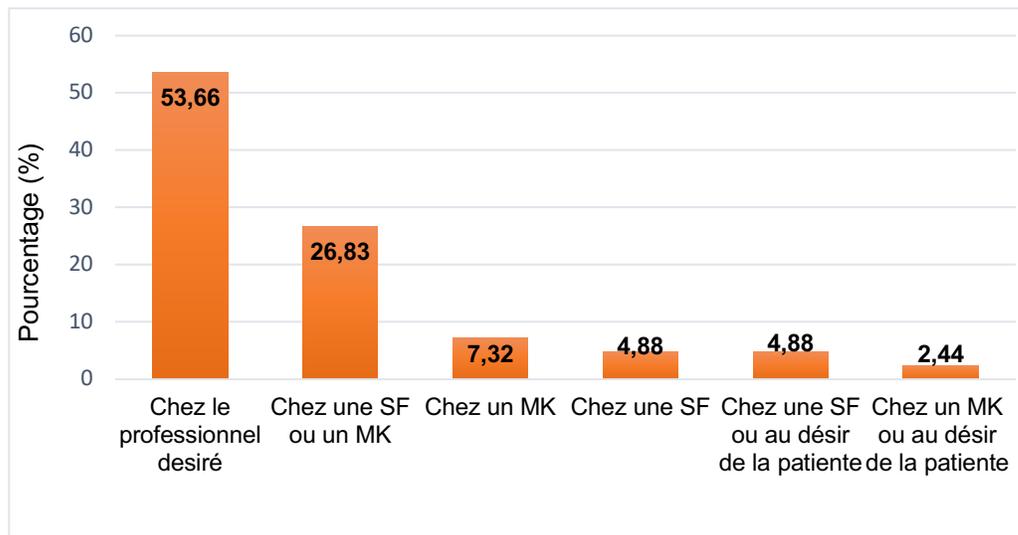


Figure 16 : Graphique présentant les choix d'orientation des gynécologues pour leurs patientes concernant la rééducation périnéale post-partum.

3.5.2. Place de la kinésithérapie

Sur une échelle de 1 à 5, les gynécologues interrogés attribuent une moyenne de 3,73 à la place de la kinésithérapie dans le post-partum. On retrouve 2,44% (n=1) qui estiment qu'elle a une place minime, 12,20% (n=5) une petite place et 21,95% (n=9) une place modérée. Ensuite, 36,59% (n=15) pensent que la kinésithérapie a une place importante dans le post-partum et 26,83 (n=11) une place très importante.

De plus, la majorité du panel répondant : 56,10% (n=23) travaillent en collaboration avec des MK alors que 43,90% (n=18) ne le font pas.

3.5.3. Non-collaboration avec des MK

Parmi les 18 gynécologues qui ne travaillent pas en collaboration avec des MK, 33,33% (n=6) travaillent préférentiellement avec une sage-femme et 5,56% (n=1) disent que les patientes s'orientent d'elles-mêmes vers des sages-femmes. De plus, 44,44% (n=8) ne connaissent pas les compétences des MK, 11,11% (n=2) n'ont pas de MK formé en rééducation périnéale dans leur secteur et 11,11% (n=2) n'ont pas d'adresse spécifique, ce sont les patientes qui choisissent elles-mêmes leur MK. Ensuite, 5,56% (n=1) ont respectivement répondu : qu'ils n'avaient pas de

correspondant MK connu, qu'il n'y avait pas de MK dans l'établissement, qu'ils n'avaient pas eu de bon retour des patientes et qu'ils ne travaillaient pas avec des MK par « *habitude professionnelle* ».

3.5.4. Collaboration avec des MK

Parmi les 23 gynécologues interrogés qui travaillent avec des MK, 17,39% (n=4) ont toujours eu des retours satisfaisants après des séances de rééducation périnéale par un MK, 69,57% (n=16) en ont souvent eu et 13,04% (n=3) en ont eu parfois. Aucun gynécologue n'a eu de mauvais retour.

Ensuite, 8,70% (n=2) ont toujours été satisfaits des résultats obtenus par la rééducation périnéale du MK, 69,57% (n=16) l'ont souvent été et 21,74% (n=5) l'ont été parfois.

Enfin, lors d'une prise en charge kinésithérapique d'une de leur patiente, 34,78%(n=8) des gynécologues ont souvent reçu des comptes rendus ou bilans, 34,78% (n=8) en reçoivent parfois et 30,43% (n=7) n'en ont jamais reçu. Au contraire, aucun gynécologue n'a reçu des comptes rendus ou bilans à chaque fois (fig. 17).

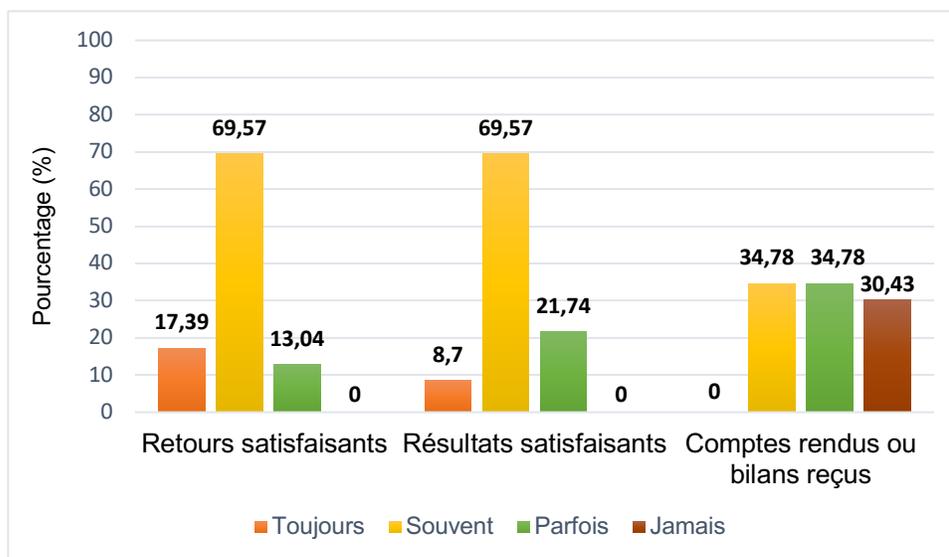


Figure 17 : Graphique représentant la fréquence des retours satisfaisants, résultats satisfaisants et comptes rendus ou bilans reçus par les gynécologues interrogés après des séances de rééducation périnéale par un MK.

3.5.5. Connaissance des compétences des MK

La majorité des thérapeutes du panel répondant : 60,98% (n=25) n'a pas connaissance du fait que le MK soit le seul professionnel à pouvoir effectuer de la rééducation abdominale post-partum.

Parmi les gynécologues ne travaillant pas avec des MK, 66,67% (n=12) ne connaissent pas la compétence de rééducation abdominale post-partum de celui-ci alors que seulement 56,52% (n=13) des gynécologues qui travaillent en collaboration avec eux ne la connaissent pas. Cette différence est non significative avec $p=0,54$.

3.6. « Pour conclure »

Pour conclure, 70,73% (n=29) des gynécologues interrogés pensent qu'une femme césarisée doit faire de la rééducation périnéale au même titre qu'une femme ayant accouché par voie basse. De plus, 95,12% (n=39) pensent que le MK est apte à réaliser cette rééducation périnéale.

Nous avons également obtenu quelques remarques finales :

« Je ne travaille qu'avec des kinésithérapeutes dont je connais la compétence en rééducation périnéale, inutile de faire pratiquer sinon : les patientes jugeront que cela est inefficace et ne seront plus motivées. »

« Le kiné est apte s'il est formé pour cette rééducation périnéale. »

« La kiné femme est mieux acceptée en rééducation périnéale. »

« Tant qu'il est formé, que ce soit un kiné ou une SF faisant la rééducation cela m'importe peu, mais force est de constater que les sages-femmes sont souvent plus disponibles pour la rééducation du périnée. »

« Les recommandations du CNGOF se basent sur la littérature. Si pas d'articles = pas de recommandations. Pas d'articles sur la rééducation post-césarienne = pas de recommandations. Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il ne faut pas en faire. »

4. DISCUSSION

4.1. Les biais

4.1.1. Les biais de sélection et de communication

Le questionnaire a été envoyé aux gynécologues libéraux par mail via l'URPS médecins libéraux Grand Est. Cependant, les thérapeutes n'ayant pas de courrier électronique ou n'ayant pas été répertoriés dans la base de données de mail de l'URPS n'ont pas pu le recevoir. Nous savons aussi qu'il est possible que certains se soient « désabonnés » pour ne plus recevoir ce type de mail ou qu'ils les aient dirigés directement vers les spams.

Concernant les gynécologues salariés, le questionnaire leur a été envoyé sur leur adresse professionnelle du Centre Hospitalier où ils exercent, sans certitude qu'ils la consultent.

De plus, nous avons contacté uniquement les maternités de type 3 et n'avons donc pas atteint toute la population cible de départ.

Les professionnels inclus dans l'étude ne sont donc que les gynécologues libéraux qui consultent les mails de l'URPS et les gynécologues salariés d'une maternité de type 3 qui consultent leur boîte mail professionnelle.

L'envoi du questionnaire était accompagné d'un texte que nous avons rédigé et l'objet du mail était « *La rééducation périnéale post-césarienne, qu'en pensez-vous ?* ». Les personnes intéressées par le sujet ont donc davantage répondu au questionnaire. Ainsi, cela pourrait augmenter les résultats en faveur des gynécologues prescripteurs en post-césarienne, ce qui biaise notre étude.

4.1.2. Les biais de diffusion et de traçabilité du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sur une période limitée : du 18 novembre 2020 au 16 janvier 2021 pour les gynécologues libéraux et de mi-décembre au 16 janvier 2021 pour les gynécologues salariés. Le taux de réponses aurait sûrement pu être amélioré en étendant cette période. De plus, nous aurions pu améliorer la diffusion de celui-ci en passant des appels téléphoniques via les données des Pages Jaunes® à tous les gynécologues libéraux et à toutes les maternités du Grand Est. Cependant, le temps imparti pour ce travail et le trop grand nombre de personnes à contacter nous ont obligé à faire des choix.

L'anonymisation des résultats grâce au logiciel Google Formulaire® nous empêche de recontacter les participants de l'étude lors d'une mauvaise compréhension de leurs réponses. Nous ne pouvons également pas vérifier que les gynécologues n'ont répondu qu'une fois au questionnaire.

4.1.3. Le biais de représentativité

Nous avons pour objectif d'interroger les gynécologues du Grand Est, cependant, nous n'avons atteint que 6,71% de la population cible de départ. Ce taux de réponse peu élevé ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population des gynécologues du Grand Est.

Malgré une bonne représentation des interrogés par rapport à la population réelle concernant l'âge et le taux de féminisation, certaines autres catégories sont sur ou sous-représentées.

Dans la population réelle, les gynécologues médicaux correspondent à 31,1% des gynécologues du Grand Est alors que parmi les répondants ils ne sont que 7,32% (34).

De plus, nous avons une surreprésentation des salariés : 49% dans notre échantillon contre 27,69% dans la population réelle. Au contraire, les thérapeutes d'activité mixte sont sous-représentés : 10% contre 32,28% en réalité.

Concernant le lieu d'exercice, nous n'avons eu aucune réponse de gynécologues exerçant dans les départements d'Ardennes, Aube, Haute-Marne et Meuse qui sont donc sous-représentés. Le Bas-Rhin est quant à lui, largement surreprésenté.

4.1.4. Le biais de formulation

L'interprétation du sens des questions est variable en fonction du répondant. Par exemple, dans la question « *Quels sont généralement les symptômes que vous observez ?* » à la suite de la question sur le pourcentage de femmes présentant des symptômes périnéaux, nous attendions une réponse uniquement sur les symptômes du périnée. Cependant, l'un des répondants a ajouté dans « *autre* » la notion de « *douleurs sur la cicatrice de césarienne* ». L'item « *douleurs* » aurait aussi pu être précisé en « *douleurs périnéales* » à la conception de la question.

La question sur les formations supplémentaires n'a pas toujours obtenu les réponses que nous attendions non plus. Nous aurions aimé avoir des noms de formations mais parfois la réponse était juste « *DU* » ou « *DIU* ». Ceci aurait sûrement dû être spécifié dans la question. À la question

« *travaillez-vous en collaboration avec des MK ?* », l'un des gynécologues ayant répondu non a ensuite mentionné dans les raisons de cette non-collaboration : « *mauvaise compréhension de la question : pas de kiné préférentiel mais j'adresse indifféremment au professionnel avec lequel la patiente se sent à l'aise* ». Ceci nous indique un manque de clarté de la question.

4.1.5. Le biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale est « *une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société* ». Il se manifeste par l'envie du répondant de « *gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent* » (37). Ce biais est diminué par le choix d'un questionnaire anonyme et en ligne puisque l'enquêteur n'est pas présent. Cependant, puisque les répondants savent que les résultats vont être analysés et exposés dans le cadre d'un mémoire, ils peuvent avoir tendance à surélever les réponses. Par exemple, nous étions conscients qu'à la question « *Vous appuyez-vous sur des recommandations de bonnes pratiques cliniques ?* », aucun thérapeute n'allait répondre négativement. De plus, le fait de répondre à ce questionnaire dans le cadre d'un mémoire MK a pu influencer les réponses, notamment dans la partie collaboration avec les MK.

4.1.6. Les biais méthodologiques et axes d'amélioration

Des biais méthodologiques sont présents au sein de notre questionnaire. Des axes d'amélioration de celui-ci auraient pu atténuer ces biais. Afin de diminuer le temps de réponse et de faciliter la tâche des répondants, nous avons opté pour la majorité des questions à choix multiples. Malgré la présence de la case « *autre* », très peu de personnes nous ont donné des éléments de réponses supplémentaires, ce qui peut créer un biais d'omission. De plus, ces choix multiples peuvent influencer les réponses des personnes contactées.

La question « *Lors d'une prescription de rééducation périnéale en post-partum vous adressez votre patiente à...* » aurait pu être améliorée. En effet, nous nous sommes rendu compte que les réponses étaient difficilement interprétables. Il aurait été préférable de rajouter « *en première intention* » et de laisser une question à choix simple afin de savoir réellement vers quel professionnel de santé, les gynécologues adressent préférentiellement leurs patientes.

Nous avons ajouté une question ouverte finale, afin de laisser l'expression libre aux gynécologues répondants. Le but était de savoir s'ils avaient besoin d'ajouter quelque chose au sujet de la rééducation périnéale post-césarienne à la suite du questionnaire. Nous nous sommes rendu compte que cette question n'apportait que peu d'informations intéressantes et aurait pu être supprimée. Des questions supplémentaires concernant le contenu du bilan qu'ils réalisent à la visite post-natale, le contenu de la prescription et le nombre de séances prescrites auraient pu être ajoutées. Cependant, nous avons fait le choix de limiter le nombre de questions pour ne pas décourager les répondants avec un questionnaire trop long à remplir.

Pour finir, bien que nous ayons essayé d'être le plus objectif possible, notre avis n'est peut-être pas totalement neutre concernant ce sujet. Inconsciemment, cela a pu influencer l'interprétation des résultats et biaiser notre travail.

4.2. Analyse et interprétation des résultats

4.2.1. La patientèle des gynécologues répondants

Le nombre d'accouchements par césarienne ne cesse d'augmenter en France et dans le monde. En effet, les techniques médicales et chirurgicales s'améliorent en continu. Les femmes césarisées représentent 27,3% de la patientèle des gynécologues répondant à notre questionnaire : soit la césarienne est pratiquée en urgence en cours de travail, soit programmée à terme ou convenue à la demande de la patiente. Ce pourcentage est statistiquement plus important chez les gynécologues libéraux (33,5%) que chez les salariés (24,5%) et les thérapeutes ayant une activité mixte (15%). Concernant les chiffres réels, en 2017, dans le Grand Est, 19,6% des accouchements ont été réalisés par césarienne avec un taux plus élevé dans les maternités de type 3 : 21,2%. Parmi celles-ci, 34,1% étaient programmées et 65,9% ont été réalisées en cours de travail (38).

Après un accouchement, des symptômes périnéaux sont souvent retrouvés à l'examen post-natal, mais aussi plus tardivement, si aucune rééducation n'a été mise en place. Les gynécologues interrogés estiment que 39,9% des femmes en présentent après un accouchement par voie basse alors que c'est le cas pour seulement 14,9% des femmes après césarienne.

Suite à un accouchement par voie basse, les symptômes périnéaux sont assez fréquents et variés. Cependant, de plus en plus d'articles montrent que ceux présents après un accouchement par césarienne ne sont pas négligeables. La déchirure des voies génitales est le seul « *symptôme* » retrouvé uniquement après un accouchement par voie basse. D'après les répondants à notre étude, elle est présente dans 19,51% des cas. La littérature, elle, donne une fourchette assez large : déchirure dans 20 à 60 % des accouchements par voie basse mais elle est considérée comme sévère dans seulement 2 à 8 % des cas (39). Elle peut aller de la fourchette vaginale jusqu'au sphincter anal. Une déchirure de celui-ci est notamment un facteur de risque pour l'incontinence urinaire et fécale ainsi que pour la dysfonction sexuelle : dyspareunies et troubles de la lubrification à long terme (40).

L'incontinence urinaire est le premier symptôme évoqué par les gynécologues, peu importe le mode d'accouchement. En réalité, dans les études récentes, la différence de pourcentage d'incontinence post-césarienne et post-voie basse tend à diminuer. Par exemple, dans une étude de Rortveit *et al.*, les incontinenances urinaires de femmes nullipares, césarisées et ayant accouché par voie basse sont comparées. Nous retrouvons une incontinence urinaire générale chez 10,1% des nullipares, 15,8% des femmes césarisées et 24,2% des femmes ayant donné naissance par voie basse. L'incontinence urinaire d'effort est présente respectivement dans 4,7%, 7% et 14,7% des cas. Concernant l'incontinence impérieuse (urgence mictionnelle), 3,1% des femmes nullipares en souffrent, 5,5% des femmes césarisées et 6,8% des femmes dont l'accouchement s'est fait par voie basse (41). Dans cette étude, les données sont fiables puisque le groupe était important, avec une large répartition d'âge et une observation faite sur le long terme. Dans une étude plus récente, deux ans après l'accouchement, l'incontinence urinaire est présente dans 16,2% des cas après césarienne et 21,7% après accouchement par voie basse (42). L'incontinence urinaire est donc un symptôme récurrent qui ne doit pas être négligé après un accouchement, qu'il soit réalisé par césarienne ou par voie basse.

Ensuite, les troubles sexuels (troubles du plaisir, troubles postcoïtaux) et les dyspareunies ont été mentionnés à de nombreuses reprises. D'après les répondants, 58,54% de femmes présentent des dyspareunies post-voie basse et seulement 12,20% post-césarienne. Dans la littérature, nous ne retrouvons pas de différence des troubles sexuels en fonction du mode d'accouchement mais une différence concernant les dyspareunies en post-partum, différence qui

n'est plus significative à six mois. Les dyspareunies après césarienne programmée sont présentes dans 62% des cas à trois mois post-partum, les dyspareunies après césarienne en cours de travail dans 48% et les dyspareunies après accouchement par voie basse dans 38,5% (6,43). À distance du post-partum, il n'y a pas de différence de prévalence de la dyspareunie entre les femmes ayant accouché par césarienne et celles ayant accouché par voies naturelles (6).

Dans notre étude, l'incontinence fécale est mentionnée seulement dans 4,88% post-accouchement voie-basse et 2,44% post-césarienne. Lors de la mise en parallèle avec les données de la littérature, ces chiffres nous semblent cohérents. À dix mois post-partum, 8% des femmes ayant accouché par voies naturelles présentent une incontinence fécale versus 5% des femmes césarisées (4). À distance du post-partum (vingt ans après l'accouchement), nous retrouvons une incontinence fécale dans 14,5% des cas après accouchement voie basse et 10,6% après césarienne (44). Cette différence non significative nous montre bien que les risques de troubles périnéaux post-césarienne sont loin d'être nuls.

4.2.2. Périnée et grossesse

Suite aux symptômes périnéaux retrouvés en post-césarienne, nous nous sommes donc interrogés sur le rôle protecteur de la césarienne sur le périnée. Plus de la moitié (65,87%) des gynécologues interrogés pensent que la césarienne protège partiellement le périnée, 4,88% qu'elle le protège totalement et à contrario 29,27% qu'elle ne le protège pas du tout. En réalité, cette question est à mettre en parallèle avec le fait que le rôle protecteur de la césarienne sur le périnée est actuellement très controversé dans la littérature (10,45). Pendant longtemps l'accouchement par voie basse a été considéré comme le seul risque des troubles périnéaux post-partum et la césarienne était un moyen de les éviter. Désormais, l'effet préventif de la césarienne est discuté : il n'est pas recommandé de proposer une césarienne en prévention primaire d'une incontinence, d'un prolapsus génital ou pour protéger la fonction sexuelle. Il n'est pas non plus recommandé d'en réaliser une en prévention secondaire d'une incontinence ou aux femmes présentant une maladie de Crohn au motif de la protection périnéale (21).

Les facteurs de risque de troubles périnéaux post-partum sont en fait nombreux. Le premier est la grossesse en elle-même, accompagnée par tous les changements hormonaux et modifications des systèmes urinaires, cardio-vasculaires, reproducteurs et musculo-

squelettiques. Le temps de récupération d'une physiologie d'avant grossesse est en fait méconnu. Certains auteurs considèrent que les effets de la grossesse sur le corps de la femme pourraient être irréversibles (11). En effet, la majorité des gynécologues interrogés (87,80%) estime que la grossesse en elle-même laisse des séquelles à court et long terme sur le périnée. Au contraire, 9,76% considèrent qu'elles sont présentes uniquement à court terme et 2,44% pensent qu'il n'y a aucune séquelle sur le périnée.

Au-delà de cela, d'autres facteurs de risque sont responsables de ces troubles. Les gynécologues en ont mentionné certains à plusieurs reprises : le poids de l'enfant (80,49%), la prise de poids de la mère (60,98%), les activités sportives de la mère (58,54%), les grossesses multiples (48,78%) et l'âge de la mère (48,78%). De plus, les activités professionnelles de la mère (31,71%) et les difficultés urinaires lors de la grossesse (21,95%) sont des facteurs notables. Ces résultats sont en corrélation avec les facteurs de risque retrouvés dans la littérature. Notons également que l'origine ethnique, la toux chronique, les antécédents génétiques et le tabagisme sont à ajouter (12).

Ainsi, la grossesse laisse des séquelles à court et long terme sur le périnée. Ceci est encore plus vrai lorsque d'autres facteurs de risque s'y ajoutent. La césarienne à visée unique de protection du périnée n'est donc plus d'actualité.

4.2.3. Les prescriptions de rééducation post-partum

La prescription de rééducation périnéale et abdominale en post-partum se fait de manière hétérogène dans le Grand Est. Les recommandations de pratiques cliniques du CNGOF mentionnent qu'en l'absence d'essai randomisé, la prescription de rééducation périnéale ne doit pas être réalisée pour des femmes asymptomatiques dans un but de prévention ni pour traiter un prolapsus, une rétention ou des dyspareunies. Cependant, elle est recommandée en cas d'incontinence urinaire ou anale (2). La littérature n'étant pas très riche dans ce domaine, les sociétés scientifiques comme le CNGOF considèrent que s'il n'y a pas de preuve d'efficacité, ils ne la recommandent pas. Ainsi, la rééducation périnéale n'est recommandée que pour les femmes ayant une incontinence urinaire ou anale, tant qu'aucun essai randomisé ne prouve son efficacité dans un autre domaine.

Cependant, nous pouvons constater que les gynécologues ne se tiennent pas toujours à ces recommandations, puisque la prescription de rééducation périnéale se fait de manière systématique dans 60,98% des cas après un accouchement par voie basse et 34,15% après une césarienne. De plus, certains gynécologues ont ajouté qu'ils prescrivaient aussi sur demande de la patiente, même en l'absence de symptômes. Au contraire, d'autres gynécologues ne prescrivent que s'il y a des symptômes : 26,83% post-voie basse et 36,58% post-césarienne. Enfin, la rééducation périnéale n'est jamais prescrite post-césarienne pour l'un des gynécologues. Nous nous sommes interrogés sur l'enseignement qu'ont eu les gynécologues durant leurs études sur la rééducation périnéale post-césarienne. La majorité (43,90%) a appris à prescrire lors de symptômes et 19,51% systématiquement. Au contraire, 7,32% ont appris à ne pas en prescrire post-césarienne. Nous retrouvons 24,39% qui n'ont eu aucune information à ce sujet durant leurs études. Nous constatons également que les anciens diplômés ont eu moins d'informations à ce sujet que ceux ayant été diplômés récemment. Il aurait été intéressant de savoir dans quelle université leurs études de médecine ont été réalisées, afin de savoir s'il existe des différences d'enseignement dans le Grand Est et en France.

La rééducation périnéale post-césarienne ne faisant pas l'objet de recommandations, les avis des gynécologues divergent à son sujet. Nous retrouvons 70,73% d'entre eux qui pensent qu'une femme césarisée doit faire de la rééducation périnéale, au même titre qu'une femme ayant accouché par voie basse. D'ailleurs, ils en sont bien conscients puisque 56,1% estiment qu'il y a divergence de point de vue entre collègues concernant cette rééducation post-césarienne.

Concernant la rééducation abdominale, sa prescription ne fait pas non plus l'objet de recommandations récentes. Dans les recommandations de la HAS de 2002, nous retrouvons uniquement « *S'il est nécessaire de solliciter la ceinture abdominale, il est recommandé d'utiliser des exercices qui n'augmentent pas la pression intra-abdominale.* » (24). De plus, aucune preuve de son efficacité n'étant connue, elle n'est pas recommandée pour un diastasis des grand droits (46). Dans le cadre d'une prise en charge des femmes césarisées, il nous a semblé important d'aborder cette rééducation et de voir quelle stratégie de prescription était mise en place post-voie basse et post-césarienne. Parmi les gynécologues ayant répondu à notre étude, 36,58% en prescrivent systématiquement après accouchement par voie basse et 39,02% après une césarienne. Ensuite, 21,95% uniquement s'il y a des symptômes post-voie basse et post-

césarienne. D'autres gynécologues ne prescrivent uniquement sur demande de la patiente, qu'il y ait des symptômes ou non. Cependant, 14,63% n'en prescrivent jamais, peu importe le mode d'accouchement. Ce chiffre assez élevé s'explique sûrement par un manque de recommandations et un manque de connaissances sur cette rééducation.

La différence de stratégie de prescription post-voie basse et post-césarienne n'est pas significative. Cependant, les répondants l'expliquent principalement par des symptômes moins nombreux et moins importants après un accouchement par césarienne, du fait d'une moindre sollicitation de la filière génitale. De plus, les patientes césarisées demanderaient moins de rééducation périnéale. Nous retrouvons aussi parmi les réponses qu'un gynécologue cible plus sa prescription sur les abdominaux après une césarienne et qu'un autre en prescrit si la femme n'a pas de conscience corporelle de son périnée.

4.2.4. Les recommandations post-partum

Comme nous l'avons dit précédemment, les recommandations françaises concernant la rééducation périnéale et abdominale sont peu nombreuses. Ceci s'explique par un manque d'études de haut niveau de preuve à ce sujet.

Les gynécologues interrogés s'appuient tous sur des recommandations de bonnes pratiques : CNGOF (100%), HAS (60,98), congrès (2,44%) et ACOG (2,44%).

Nous avons cherché à savoir si des recommandations spécifiques existaient post-césarienne. Dans les recommandations de 2015 du CNGOF pour la bonne pratique clinique dans le cadre du post-partum, nous notons une rubrique « *césarienne* ». Celle-ci ne contient aucune information concernant la rééducation périnéale ou abdominale. La majorité du panel répondant : 78,05%, ne trouve pas cela cohérent. Une femme ayant accouché par césarienne a aussi eu une grossesse à assumer et ne doit pas être mise de côté concernant la rééducation. Par ailleurs, parmi ces gynécologues qui ne sont pas en accord avec la proposition du CNGOF, 63,41% aimeraient avoir des recommandations supplémentaires concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Ce chiffre important nous indique bien qu'il y a un déficit d'études et de recommandations dans ce domaine en France.

4.2.5. La collaboration gynécologues-MK

La rééducation périnéale post-partum peut être réalisée par les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. Dans la plupart des cas, les gynécologues laissent la patiente choisir vers quel professionnel elles souhaitent se rendre, même si une minorité oriente directement vers un MK (7,32%) ou vers une SF (4,88%).

Nous nous sommes intéressés au rôle que le gynécologue attribue au MK dans les prises en charge du post-partum. Sur une échelle de 1 à 5, les gynécologues interrogés ont attribué une moyenne de 3,73 à la place de la kinésithérapie post-partum. Nous avons donc un rôle assez important à leurs yeux.

Ensuite, un peu moins de la moitié des répondants (43,90%) ne travaillent pas en collaboration avec des MK. Les raisons ayant été évoquées sont d'abord dues à la compétence partagée avec les sages-femmes : le travail préférentiel des gynécologues avec une SF (33,33%) et l'orientation préférentielle des patientes vers les SF (5,56%). Le pourcentage de gynécologues ne connaissant pas les compétences des MK est conséquent : 44,44%. De plus 60,98% d'entre eux n'ont pas connaissance du fait que le MK soit le seul professionnel à pouvoir effectuer de la rééducation abdominale post-partum. Nous nous interrogeons alors sur la manière de procéder afin d'y remédier. Nos compétences pourraient être expliquées à tous les médecins peu importe leur spécialité afin qu'ils puissent prescrire en conséquence. L'absence de MK formé dans leur secteur (11,11%) et l'absence de MK dans l'établissement (5,56%) ont également été évoquées. Le chiffre représentant le nombre de MK du Grand Est formés en rééducation périnéale aurait été intéressant à avoir mais il est introuvable. Dans les commentaires finaux, il a été mentionné que les SF étaient plus disponibles que les MK pour la rééducation périnéale mais aussi que les MK femmes étaient mieux acceptées pour cette prise en charge.

Nous avons interrogé les gynécologues qui travaillent avec des MK sur leur avis concernant différents points de la prise en charge kinésithérapique. Concernant les retours de satisfaction de leurs patientes : cela est souvent le cas dans 69,57% et toujours le cas dans 17,39%. Pour les résultats obtenus par la rééducation périnéale du MK, 8,70% des gynécologues ont toujours été satisfaits, 69,57% l'ont souvent été et 21,74% l'ont parfois été. Les gynécologues ne sont donc pas toujours satisfaits des résultats obtenus par les MK. Il aurait été intéressant de comparer ces données avec les mêmes questions sur la prise en charge SF. Ensuite, force est

de constater que les MK n'envoient pas souvent de comptes rendus ou bilans concernant la rééducation périnéale qu'ils effectuent. Pourtant, selon l'Article R4321-2 du CSP, le MK « *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan [...] Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur* » (47). Au-delà de l'obligation légale, cette coopération et communication entre les professionnels de santé permet une meilleure prise en charge du patient. Elle permet aussi de montrer le sérieux du MK et valoriser ses compétences de rééducateur périnéal/abdominal auprès des gynécologues. En effet, nous constatons que la majorité des thérapeutes ayant répondu à notre étude n'ont pas connaissance de celles-ci. Pourtant, le MK ayant de nombreuses compétences, dont celles de la rééducation périnéale et abdominale, il peut réaliser une prise en charge complète de la femme en post-partum.

4.2.6. Qu'en est-il des prises en charges périnatales des femmes ?

En France, la rééducation périnéale du post-partum est bien développée et prise en charge par l'Assurance Maladie, ce n'est pas le cas dans tous les pays. Cette rééducation est désormais connue par la plupart des femmes et des médecins. Cependant, nous avons pu constater au cours de ce travail que les gynécologues du Grand Est ne travaillent pas tous en collaboration avec des MK pour cette rééducation. En effet ceci s'explique par le fait que notre compétence de rééducation périnéale chez les femmes primipares/multipares soit partagée avec les SF. D'ailleurs, malheureusement, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes sont souvent en compétition concernant la prise en charge autour de la périnatalité. Pourtant, malgré un champ d'exercice partagé, ces métiers ont chacun un champ d'intervention encadré par des textes. Ceci a fait l'objet d'une circulaire publiée par l'Ordre des MK en 2017 visant à mettre en avant les compétences « *susceptibles de se croiser* » de ces deux professions (48).

La diversité de nos compétences nous permet d'avoir une prise en charge globale en pré et post-partum : activité physique adaptée, prise en charge des troubles circulatoires et musculo-squelettiques de la grossesse, travail de la posture, travail de la respiration, entretien de la mobilité, apprentissage des bons gestes, rééducation périnéale et rééducation abdominale. De plus, dans le cadre d'une césarienne, nous pouvons associer la rééducation abdominale à un

travail de la cicatrice. Cependant, la majorité des MK ne proposent pas de rééducation périnéale dans leur cabinet. Il serait d'ailleurs intéressant de questionner les MK non formés en rééducation périnéale pour en connaître les raisons. Afin de conserver cette compétence et de la développer, il y a nécessité de former plus de MK à la rééducation périnéale mais aussi de faire valoir notre savoir-faire auprès des prescripteurs notamment auprès des gynécologues. Par exemple, le fait de leur envoyer des comptes rendus semblerait être l'une des actions à réaliser pour se faire connaître auprès d'eux. D'ailleurs, un collectif « *pour la promotion de la kinésithérapie périnatale* » a été créé et ses membres considèrent que c'est « *un champ de compétences à défendre et promouvoir* » (49).

En 2017, l'Ordre des MK en partenariat avec la Société Internationale de rééducation en Pelvi-Périnéologie (SIREPP) et l'Association Française de rééducation en Pelvi-Perinéologie (AFREPP) a aussi réalisé une campagne de sensibilisation nationale sur la rééducation périnéale à destination des patientes, mais aussi des professionnels de santé avec une série d'affiches, une plaquette d'information (ANNEXE V), une campagne digitale et un film d'animation (50).

5. CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était dans un premier temps d'évaluer la pratique des gynécologues du Grand Est concernant la prescription de rééducation périnéale post-césarienne et dans un second temps d'évaluer le rôle qu'ils donnent aux MK dans cette prise en charge. Notre enquête révèle que les méthodes de prescription sont hétérogènes. En effet, le manque de données scientifiques à ce sujet mène à un manque de recommandations par les sociétés savantes. Dans la majorité des cas, la prescription de rééducation périnéale post-accouchement par voie basse se fait de manière systématique, en désaccord avec les recommandations qui ne souhaiteraient une rééducation périnéale que chez des femmes symptomatiques. Au contraire, la prescription post-césarienne se fait souvent uniquement s'il y a des symptômes ou si la patiente en fait la demande.

La majorité des répondants ne sont pas en accord avec le fait que les recommandations post-césarienne du CNGOF ne mentionnent pas l'aspect de la rééducation périnéale. De plus, force est de constater que 64,41% d'entre eux souhaiteraient avoir des recommandations

supplémentaires concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Cela nous amène à penser qu'il y a réel déficit de preuves et d'informations dans ce domaine. Ainsi, les prescripteurs sont livrés à eux-mêmes, ce qui explique cette hétérogénéité des pratiques de prescription de rééducation périnéale dans le Grand Est.

Nous pouvons cependant affirmer que l'ensemble des répondants a des idées actualisées puisqu'ils considèrent que la grossesse laisse des séquelles sur le périnée et donc que le rôle protecteur de la césarienne n'est plus un fait prouvé actuellement. En effet, des symptômes périnéaux sont retrouvés, même s'il n'y a pas d'accouchement par voie basse comme par exemple l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale et les dyspareunies. D'ailleurs, des études montrent que la différence de fréquence de symptômes entre les deux modes d'accouchement tend à diminuer.

Nous avons constaté que seulement 56,10% des répondants travaillent en collaboration avec des MK pour la rééducation du post-partum. Les raisons principales de la non-collaboration sont : le travail préférentiel avec une SF, la non-connaissance des compétences des MK et l'absence de MK formé dans le secteur. Pourtant, le plus grand nombre d'entre eux considère que le MK est apte à réaliser la rééducation périnéale. Nous pouvons donc nous interroger sur un possible manque de communication entre les médecins gynécologues et les MK. Peut-être serait-il pertinent de mieux se présenter auprès d'eux, afin de décrire nos compétences et nos méthodes de rééducation post-partum.

De plus, afin de promouvoir et conserver notre compétence de rééducateur périnéal, il est important que des MK continuent à s'y former spécifiquement, mais aussi qu'ils aient de bonnes relations avec les prescripteurs en effectuant régulièrement des transmissions.

Dans une prochaine étude, il pourrait être intéressant de réaliser une enquête nationale auprès des gynécologues afin d'évaluer leurs stratégies de prescription de rééducation périnéale selon le mode d'accouchement, le contenu de leurs prescriptions et leur collaboration avec les MK dans le contexte de la périnatalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Césariennes programmées à terme. 2016. [consulté le 20 févr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673968/fr/evolution-des-taux-de-cesariennes-a-terme-en-france-entre-2011-et-2014-et-evaluation-de-l-impact-du-programme-d-amelioration-des-pratiques
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique, post-partum. 2015. [consulté le 28 sept 2020]; Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/rechercher>
3. Fritel X. Périnée et grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010;38(5):332-46.
4. Lal M, H. Mann C, Callender R, Radley S. Does cesarean delivery prevent anal incontinence ? Obstet Gynecol. 2003;101(2):305-12.
5. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth : a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2013;120(2):144-51.
6. Fritel X. Césarienne et troubles génitosexuels du post-partum. Pelvi-Périnéologie. 2009;4(3):207-12.
7. Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. Revue de la littérature et perspectives. Prog En Urol. 2016;26(7):385-94.
8. Haslam J, Barton S, Mantle J. Physiotherapy in obstetrics and gynaecology. 2ème édition. Londres : Elsevier science ; 2004. 489p. ISBN : 0 7506 2265 2.
9. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. BJU Int. 2002;89(5):469-76.
10. Saïdi A, Lechevallier E. Problèmes urologiques rencontrés au cours de la grossesse. La lettre du Gynécologue n°295. 2004.
11. Shek KL, Kruger J, Dietz HP. The effect of pregnancy on hiatal dimensions and urethral mobility: an observational study. Int Urogynecology J. 2012;23(11):1561-7.
12. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwan J Obstet Gynecol. 2014;53(4):452-8.
13. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - INSERM, DREES. 2017. [consulté le 5 oct 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages->

et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements

14. HAS. Indications de la césarienne programmée à terme. 2012. [consulté le 9 sept 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
15. Huissoud C, Du Mesnildot P, Sayegh I, Dupuis O, Clément H-J, Thévenet S, et al. La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009;38(1):51-9.
16. Nau J-Y. De la césarienne à la convenance. *Rev Med Suisse.* 2009;5:331-331.
17. Delotte J, Bouaziz J, Verger S, Bongain A. Césariennes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-900, 2010.
18. Kayem G, Raiffort C. Techniques chirurgicales de la césarienne. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie. 2017;12(1):1-12 [Article 41-900].
19. Chassard D, Bouvet L. Anesthésie pour césarienne. *Anesth Réanimation.* 2015;1(1):10-8.
20. Blondel N. Sondes urinaires : gare aux complications. *Rev Med Suisse.* 2008;14:2140-2140.
21. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention et protection périnéale en obstétrique. 2018. [Consulté le 15 novembre 2020]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003
22. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56(2):238-48.
23. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. *Arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité.* JO N°303, 30 décembre 2004.
24. ANAES (HAS). Rééducation dans le cadre du post-partum. 2002. [consulté le 28 sept 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272241/fr/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum
25. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Le code de déontologie des sages-femmes. 2020. [consulté le 28 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/code-de-deontologie/>
26. Keller M, et collaborateurs. Sage-femme : acteur de la prévention. *Contact Sages-Femmes.* 2016;(47):1-30.
27. Code de la santé publique. Article R4321-5 ; 8 août 2004.

28. Code de la santé publique. Chapitre Ier : Conditions d'exercice : articles L4151-1 à L4151-10 ; 26 janvier 2016.
29. Le Conseil Départemental du Doubs. Prescriptions de kinésithérapie. 2017. [consulté le 10 avr 2021]. Disponible sur : <https://doubs.ordremk.fr/2017/04/26/prescriptions-de-kinesitherapie/>
30. Conrard S. Rééducation périnéale : le cadre législatif. Kiné Actu n°1523. 2018.
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie. 2019. [consulté le 30 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
32. Salès-Wuillemin E. Méthodologie de l'enquête : De l'entretien au questionnaire. Bromberg, M., Trognon, A. Cours de psychologie Sociale 1, Presses Universitaires de France, p45-77. 2006. halshs- 00903244.
33. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. Rev Mal Respir. 2004;21(4):71-4.
34. ARS Grand Est. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est : synthèse. 2017. [consulté le 3 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-de-sante-de-la-population-et-etat-de-loffre-de-la-region-grand-est-0>
35. SurveyMonkey. Calculatrice de la taille de l'échantillon. [consulté le 16 déc 2020]. Disponible sur : <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
36. RPCA : Réseau Périnatalité de Champagne-Ardenne. Les maternités et les CPP. [consulté le 16 déc 2020]. Disponible sur : <https://reseaux-sante-ca.org/?Les-maternites-et-les-CPP&reseau=reseau%20perinatal>
37. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM. 2010. halshs-00636228.
38. Chretien B, Escande B, Fresson J, Sadaoui H. Rapport de santé Périnatale Grand Est : années 2016-2017. Copége; 2019.
39. Parant O, Reme J-M, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. 2001;41-89.
40. De Rham M, Meyer S, Ahtari C, Fornage S. Conséquences à long terme des déchirures périnéales obstétricales sévères sur la fonction sexuelle. Rev Med Suisse. 2017;13:602-6.
41. Rortveit G, Hunskar S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. N Engl J Med. 2003;348:900-7.
42. Hutton EK, Hannah ME, Willan AR, Ross S, Allen AC, Armson BA, et al. Urinary stress incontinence and other maternal outcomes 2 years after caesarean or vaginal birth for twin pregnancy: a multicentre randomised trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2018;125(13):1682-90.
43. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. JOGC J

Obstet Gynecol Can. 2005;27(4):332-9.

44. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Faecal incontinence 20 years after one birth: a comparison between vaginal delivery and caesarean section. *Int Urogynecology J*. 2014;25(10):1411-8.

45. Koc O, Duran B. Role of elective cesarean section in prevention of pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24(5):318-23.

46. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecoq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2015;44(10):1141-6.

47. Code de la santé publique. Article R4321-2 ; 3 août 2009.

48. Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Circulaire relative aux compétences respectives des sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes. N°01620170407 2017.

49. Conrard S. Kinésithérapie périnatale : un champ de compétences à défendre et promouvoir. *Kiné actu* n°1499. 2017.

50. Conseil de l'ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Dossier de presse : kiné périnée efficacité. 2017.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire Google Form® transmis à la population cible.

ANNEXE II : Courrier électronique transmis au secrétariat de l'URPS médecins libéraux Grand Est.

ANNEXE III : Courrier électronique transmis aux gynécologues libéraux via l'URPS médecins libéraux Grand Est.

ANNEXE IV : Carte des maternités et des centres périnataux de proximités région Grand Est.

ANNEXE V : Plaquette d'information de la campagne du CNOMK sur la rééducation périnéale.

ANNEXE I : Questionnaire Google Form® transmis à la population cible.

La rééducation périnéale post-césarienne, qu'en pensez-vous ? Que...e donnez-vous aux kinésithérapeutes dans cette prise en charge ? 16/01/2021 15:49

La rééducation périnéale post-césarienne, qu'en pensez-vous ? Quelle place donnez-vous aux kinésithérapeutes dans cette prise en charge ?

Léonie DROUIN, étudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise un questionnaire destiné aux gynécologues médicaux et obstétriciens diplômés d'état exerçant dans le Grand Est. À travers celui-ci je cherche à connaître leur position vis-à-vis de la rééducation périnéale post-césarienne et la place qu'ils attribuent aux MK dans cette prise en charge.

Ce questionnaire est anonyme et nécessite environ 8 minutes pour être rempli.

Je me tiens à votre disposition pour toutes questions ou remarques à l'adresse mail suivante : leonie.drouin88@gmail.com

Merci d'avance pour le temps que vous consacrerez à mon travail.

***Obligatoire**

Renseignements sur vous

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

2. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Gynécologue médical
- Gynécologue obstétricien
- Autre : _____

3. Quel âge avez-vous ? *

4. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'État ? *

5. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Une seule réponse possible.

- France
- Luxembourg
- Belgique
- Suisse
- Espagne
- Allemagne
- Italie
- Roumanie
- Autre : _____

6. Dans quel département exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Ardenne (08)
- Aube (10)
- Marne (51)
- Haute-Marne (52)
- Meurthe-et-Moselle (54)
- Meuse (55)
- Moselle (57)
- Bas-Rhin (67)
- Haut-Rhin (68)
- Vosges (88)
- Hors Grand Est

7. Quel type d'activité exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Libéral
- Salarial
- Mixte

8. Avez-vous fait des formations complémentaires à votre diplôme ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 9*
- Non *Passer à la question 10*

Vous avez fait des formations complémentaires..

9. Lesquelles ? *

Renseignements sur votre patientèle

10. Dans votre patientèle post-partum, quel est le pourcentage de femmes césarisées ? *

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	100%									

11. Quels types de césariennes sont les plus courantes ? *

Cochez une case par ligne en classant par ordre de fréquence rencontrée lors de votre pratique.

Une seule réponse possible par ligne.

	N°1	N°2	N°3
Césarienne d'urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Césarienne programmée à terme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Césarienne sur demande de la patiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. En post-partum, dans votre patientèle, quel est le pourcentage de femmes ayant accouché par voie basse présentant des symptômes liés au périnée ? *

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	100%									

13. Quels sont généralement les symptômes que vous observez ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Incontinence urinaire de repos
- Incontinence urinaire d'effort
- Incontinence fécale
- Douleur
- Troubles sexuels (diminution du désir , diminution du plaisir)
- Dyspareunie
- Sensation de faiblesse du périnée
- Déchirure des voies génitales
- Aucun symptôme

Autre : _____

14. En post-partum, dans votre patientèle, quel est le pourcentage de femmes césarisées présentant des symptômes liés au périnée ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0%	<input type="radio"/>	100%										

15. Quels sont généralement les symptômes que vous observez ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Incontinence urinaire de repos
- Incontinence urinaire d'effort
- Incontinence fécale
- Douleur
- Troubles sexuels (diminution du désir , diminution du plaisir)
- Dyspareunie
- Sensation de faiblesse du périnée
- Déchirure des voies génitales
- Aucun symptôme

Autre : _____

Votre point de vue

16. Prescrivez-vous de la rééducation périnéale après accouchement par voie basse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Systématiquement
- Lorsqu'il y a des symptômes
- Jamais
- Sur demande de la patiente

17. Prescrivez-vous de la rééducation périnéale après césarienne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Systématiquement
- Lorsqu'il y a des symptômes
- Jamais
- Sur demande de la patiente

18. Si votre stratégie de prescription est différente post-césarienne et post-accouchement par voie basse, quelles en sont les raisons ?

19. Lors de vos études, que vous a-t-on enseigné concernant la rééducation périnéale post-césarienne ? *

Une seule réponse possible.

- Pas d'information
- Pas de rééducation périnéale post-césarienne
- Rééducation si présence de troubles
- Rééducation systématique
- Je ne me souviens pas
- Autre : _____

20. Prescrivez-vous de la rééducation abdominale après accouchement par voie basse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Systématiquement
- Lorsqu'il y a des symptômes
- Jamais
- Sur demande de la patiente

21. Prescrivez-vous de la rééducation abdominale après césarienne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Systématiquement
- Lorsqu'il y a des symptômes
- Jamais
- Sur demande de la patiente

22. Pensez-vous que la grossesse en elle-même laisse des séquelles sur le périnée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui à court terme
- Oui à court et long terme
- Non

23. Selon vous, quelles sont les raisons principales des troubles périnéaux dans le post-partum ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Le processus de l'accouchement
- Le poids de l'enfant
- L'âge de la mère
- Les difficultés urinaires lors de la grossesse
- Les difficultés sexuelles lors de la grossesse
- Les grossesses multiples
- Les accouchements multiples par voie basse
- Les activités sportives de la mère
- Les activités professionnelles de la mère
- La prise de poids de la mère

Autre : _____

24. Pensez-vous que la césarienne est un moyen de protéger le périnée ? *

Une seule réponse possible.

- Complètement
 Partiellement
 Pas du tout

25. Selon vous, quel intérêt a la rééducation périnéale ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Faible	Modéré	Majeur
Rééducation périnéale en général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rééducation périnéale post accouchement par voie basse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rééducation périnéale post césarienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Pensez-vous qu'il y ait divergence de point de vue entre gynécologues concernant la rééducation périnéale post-césarienne ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Recommandations

27. Dans l'exercice de votre métier, vous appuyez-vous sur des recommandations de bonnes pratiques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 28*
 Non *Passer à la question 29*

Vous vous appuyez sur des recommandations de bonnes pratiques..

28. Lesquelles ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Haute Autorité de Santé
 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
Autre : _____

Recommandations

29. Dans les recommandations de 2015 du CNGOF pour la bonne pratique clinique dans le cadre du post-partum, la rubrique « césarienne » ne contient aucune information concernant la rééducation périnéale. Trouvez-vous cela cohérent ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 31*
 Non *Passer à la question 30*

Vous ne trouvez pas cela cohérent...

30. Aimerez-vous avoir plus de recommandations concernant la prescription de rééducation périnéale post-césarienne ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Exercice coordonné avec les masseurs-kinésithérapeutes

31. Lors d'une prescription de rééducation périnéale en post-partum, vous adressez votre patiente *

Plusieurs réponses possibles.

- À une sage-femme
 À un kinésithérapeute
 Chez le professionnel que la patiente désire
 Je ne prescris jamais de rééducation périnéale

32. Dans le post-partum, la kinésithérapie a une place.. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Minime	<input type="radio"/>	Très importante				

33. Travaillez-vous en collaboration avec des MK ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 36*
 Non *Passer à la question 34*

Vous ne travaillez pas en collaboration avec les kinésithérapeutes...

34. Quelles en sont les raisons ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne connais pas les compétences des kinésithérapeutes
- Je n'ai pas eu de bon retour des patientes
- Il n'y a pas de kinésithérapeute formé en rééducation périnéale dans mon secteur
- Je travaille préférentiellement avec une sage-femme
- Je le faisais auparavant mais j'ai eu de mauvaises expériences

Autre : _____

35. Avez-vous connaissance du fait que le MK soit le seul professionnel à pouvoir effectuer de la rééducation abdominale post-partum ? *

Celle-ci pourra être associée à la rééducation périnéale en particulier lors d'une césarienne

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passer à la question 40

Vous travaillez en collaboration avec des kinésithérapeutes...

36. Avez-vous eu des retours satisfaisants après des séances de rééducation périnéale faites par un MK ? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

37. Êtes-vous satisfait des résultats obtenus par la rééducation kinésithérapique faite à vos patientes ? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

38. Lors d'une prise en charge kinésithérapique de l'une de vos patientes, recevez-vous des bilans ou compte rendus ? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

39. Avez-vous connaissance du fait que le MK soit le seul professionnel à pouvoir effectuer de la rééducation abdominale post-partum ? *

Celle-ci pourra être associée à la rééducation périnéale en particulier lors d'une césarienne

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Pour conclure

40. Pensez-vous qu'une femme césarisée doit faire de la rééducation périnéale au même titre qu'une femme ayant accouché par voie basse ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

41. Pensez-vous que le kinésithérapeute est apte à réaliser cette rééducation périnéale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

42. Remarques concernant le sujet du questionnaire

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE II : Courrier électronique transmis au secrétariat de l'URPS médecins libéraux Grand Est.

« Madame, Monsieur,

Étudiante en 4^{ème} année de Masso-Kinésithérapie à Nancy, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

À cet effet, pour ce travail je souhaiterais compléter mes recherches en interrogeant les gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est via un questionnaire en ligne.

Ainsi, j'aimerais faire passer cette demande par votre intermédiaire.

Je vous joins ci-dessous le mail qui leur est destiné.

En vous remerciant par avance,
Cordialement.

Léonie Drouin

" Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise un questionnaire en ligne destiné aux gynécologues médicaux et obstétriciens diplômés d'état exerçant dans le grand Est.

À travers celui-ci je cherche à connaître leur position vis-à-vis de la rééducation périnéale post-césarienne et la place qu'ils attribuent aux MK dans cette prise en charge.

Ce questionnaire est anonyme et nécessite environ 8 minutes pour être rempli.

Pour y répondre, il vous suffira de cliquer sur ce lien : <https://forms.gle/c3gTqmYA5aEbXPFq5>

Je me tiens à votre disposition pour toutes questions ou remarques à l'adresse mail suivante : leonie.drouin88@gmail.com

Merci d'avance pour le temps que vous consacrerez à mon travail.

Léonie Drouin " »

ANNEXE III : Courrier électronique transmis aux gynécologues libéraux via l'URPS médecins libéraux Grand Est.

INTERFACE & VOUS

Newsletter du portail régional d'information en santé porté par l'URPS ML Grand Est

INTERFACE



ÉTUDES ET QUESTIONNAIRES

Devant le nombre croissant de demandes de diffusion de questionnaires de thèse, nous vous adresserons désormais de façon hebdomadaire l'ensemble de ceux qui attendent vos réponses.

Veillez à compléter uniquement ceux du territoire qui vous concerne.

GRAND EST

LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE POST-CÉSARIENNE, QU'EN PENSEZ-VOUS ? Quelle place donnez-vous aux kinésithérapeutes dans cette prise en charge ?

Directrice de recherche : Corinne FRICHE, MK DE à Malzéville (54)

Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un questionnaire en ligne destiné aux gynécologues médicaux et obstétriciens diplômés d'état exerçant dans le Grand Est.

À travers celui-ci je cherche à connaître leur position vis-à-vis de la rééducation périnéale post-césarienne et la place qu'ils attribuent aux MK dans cette prise en charge.

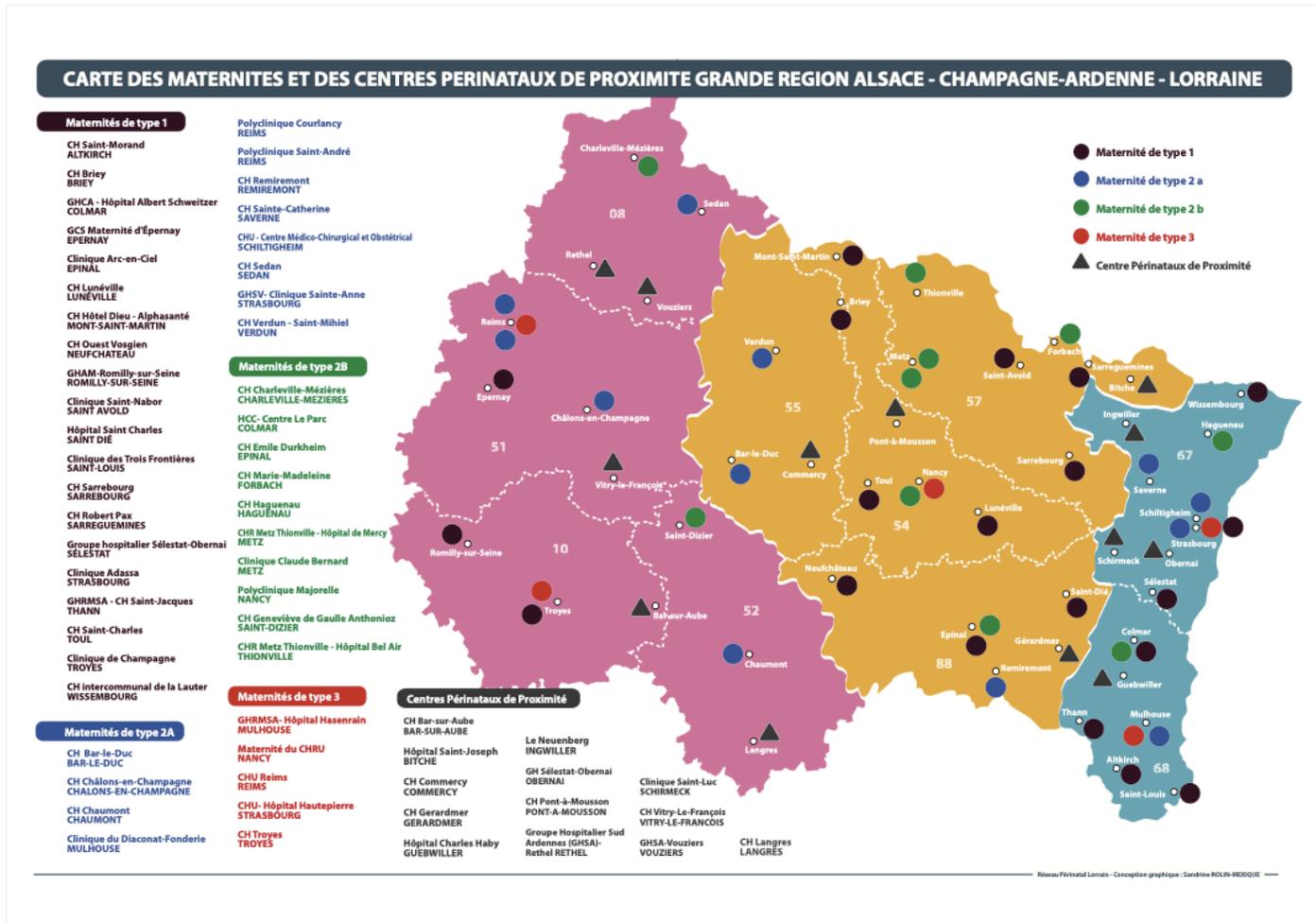
Ce questionnaire est anonyme et nécessite environ 8 minutes pour être rempli. Merci d'avance pour le temps que vous consacrerez à mon travail.

- [Compléter le questionnaire](#) (Gynécologues du Grand Est)

Léonie DROUIN

IFMK de Nancy | 07.87.73.72.28 | leonie.drouin88@gmail.com

ANNEXE IV : Carte des maternités et des centres périnataux de proximité région Grand Est.

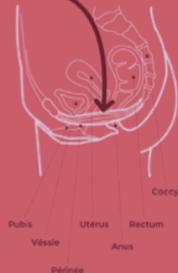


ANNEXE V : Plaquette d'information de la campagne du CNOMK sur la rééducation périnéale.

Mis à mal pendant votre grossesse et votre accouchement, inefficace après une opération de la prostate ou tout simplement victime du vieillissement, il ne remplit peut-être plus son rôle de soutien des organes pelviens et de verrou lors des efforts.

Le périnée

C'est un groupe de muscles en forme de losange qui s'étend du pubis au coccyx. Véritable hamac musculaire, il soutient les organes pelviens. Pendant la grossesse puis l'accouchement, soumis aux hormones, aux variations de poids et de volume, les tissus du périnée sont étirés, distendus, fragilisés voire déchirés...



Pubis Vessie Utérus Rectum Anus Coccyx
Périnée

Les conséquences des dysfonctionnements

- Fuites urinaires
- Douleurs
- Troubles sexuels
- Descentes d'organes
- Besoins pressants
- Incontinence anale

Rééducation pour qui ?

- Les enfants qui souffrent d'énurésie
- Les enfants constipés
- Les fuites chez les jeunes sportives
- Les femmes enceintes
- Les jeunes mamans
- Les hommes ayant subi une opération de la prostate
- Les femmes ménopausées

Les techniques de rééducation

Manuelles ou instrumentales, elles seront adaptées à chaque personne et varient tout au long de la rééducation en fonction de l'évolution.

- En position assise ou debout
- Au besoin à l'aide de stimulations électriques
- En apprenant à bien contrôler chaque situation, comme la toux ou des besoins urgents

Votre kinésithérapeute adaptera la rééducation, toujours avec votre accord après vous avoir expliqué ce qu'il vous propose et avoir répondu à vos questions.

C'est à deux que vous déterminerez ce qui vous convient le mieux.

Halte aux idées reçues...

Avoir envie d'uriner sous la douche, c'est normal	J'ai mal pendant les rapports... C'est normal après un accouchement
FAUX	FAUX
Passé 50 ans, les troubles sexuels sont une fatalité	Après l'accouchement les fuites, il faut vivre avec
FAUX	FAUX
Le café fait beaucoup uriner	Après une opération de la prostate l'incontinence est irrémédiable
FAUX	FAUX
Il n'existe qu'un seul type d'incontinence urinaire	Le travail du périnée pendant la grossesse ne sert à rien
FAUX	FAUX
Les fuites urinaires arrivent uniquement aux femmes qui ont eu des enfants et aux personnes âgées	On a toutes des fuites lorsqu'on fait du sport... Encore plus après un accouchement
FAUX	FAUX
L'incontinence chez la femme est quelque chose de très rare	J'ai passé l'âge de remuscler mon périnée
FAUX	FAUX

LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE POST-CÉSARIENNE ET LE RÔLE DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : ENQUÊTE AUPRÈS DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX ET OBSTÉTRICIENS DU GRAND EST

Introduction : Le nombre d'accouchements par césarienne ne cesse d'augmenter en France. Cependant, il n'existe aucune recommandation spécifique concernant la rééducation périnéale post-césarienne. Pourtant, au-delà du mode d'accouchement, la grossesse en elle-même laisse des conséquences sur la sphère uro-gynécologique.

Matériel et méthode : Un questionnaire a été envoyé aux gynécologues médicaux et obstétriciens du Grand Est afin de connaître leur méthode de prescription de rééducation post-césarienne et le rôle qu'ils attribuent aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans cette prise en charge. L'envoi s'est fait électroniquement via l'URPS pour les libéraux et via les secrétariats des maternités de type 3 pour les salariés. Ils ont été distribués entre le 18 novembre 2020 et le 16 janvier 2021.

Résultats : 41 gynécologues ont répondu à l'enquête (6,71% de la population totale). Les femmes césarisées représentent environ 27,3% de la patientèle des gynécologues et en moyenne 14,9% d'entre elles ont des symptômes périnéaux en post-partum : incontinence urinaire d'effort (53,66%), troubles sexuels (21,95%) et faiblesse du périnée (19,51%) par exemple. La prescription de rééducation périnéale post-césarienne se fait de manière systématique dans 34,15% des cas et uniquement en cas de symptômes dans 36,58%. Parmi les répondants, 63,41% aimeraient avoir des recommandations supplémentaires concernant la rééducation périnéale post-césarienne. De plus, seulement 56,10% d'entre eux travaillent en collaboration avec un MK pour cette rééducation. Les raisons principales de la non-collaboration sont : non-connaissance des compétences MK (44,44%), travail préférentiel avec une sage-femme (33,33%) et absence de MK formé dans le secteur (11,11%). Enfin, les gynécologues travaillant avec des MK ne reçoivent que très peu de comptes rendus ou bilans de leur part.

Discussion et conclusion : Les troubles périnéaux post-césarienne sont fréquents. Les facteurs de risque de ceux-ci sont nombreux, avec en première position la grossesse. Nous comprenons que l'effet préventif de la césarienne soit actuellement discuté. Cependant, le nombre d'études et de preuves dans ce domaine étant peu élevé, il n'existe pas de recommandations concernant la rééducation périnéale post-partum. De plus, les gynécologues ne sollicitent encore que très peu les MK dans ce domaine puisqu'ils ne connaissent pas bien leurs compétences et n'ont pas beaucoup d'échanges avec eux.

Mots clefs : Césarienne, enquête, gynécologues, rééducation périnéale.

POST-CAESARIAN PERINEAL REHABILITATION AND THE ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST: SURVEY AMONGST MEDICAL AND OBSTETRIC GYNECOLOGISTS IN THE "GRAND EST" REGION

Introduction: The number of deliveries by c-section is constantly increasing in France. However, there is no specific recommendation concerning post-caesarean perineal rehabilitation. Nevertheless, beyond the mode of delivery, the pregnancy itself leaves consequences on the uro-gynaecological sphere.

Methods: A questionnaire was sent to medical gynecologists and obstetricians in the Grand Est region to find out their method of prescribing post-caesarean section rehabilitation and the role that they attribute to the physiotherapists (PTs) in this care. The questionnaires were sent electronically via the URPS for private practitioners and via the secretariats of type 3 maternity units for salaried workers. They were distributed between November 18, 2020, and January 16, 2021.

Results: 41 gynecologists responded to the survey (6.71% of the total population). Cesareanized women represent about 27.3% of the gynecologists' patients and on average 14.9% of them have postpartum perineal symptoms: stress urinary incontinence (53.66%), sexual problems (21.95%), and weakness of the perineum (19.51%) for example. The prescription of post-caesarean perineal rehabilitation was systematic in 34.15% of cases and only in case of symptoms in 36.58%. Among the respondents, 63.41% would like to have additional recommendations concerning post-caesarean perineal rehabilitation. Moreover, only 56.10% of them work in collaboration with a PT for this rehabilitation. The main reasons for non-collaboration were lack of knowledge of PT skills (44.44%), preferential work with a midwife (33.33%), and absence of trained PT in the sector (11.11%). Finally, gynecologists working with PTs receive very few reports or assessments from them.

Discussion and conclusion: Post-caesarean section perineal disorders are frequent. The risk factors for these disorders are numerous, with pregnancy firstly. We understand that the preventive effect of c-section is currently discussed. However, as the number of studies and evidence in this field are low, there are no recommendations concerning postpartum perineal rehabilitation. Besides, gynecologists still do not solicit PTs in this area because they are not familiar with their skills and do not have many exchanges with them.

Keywords: caesarian, c-section, survey, gynecologists, perineal rehabilitation.