

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012-2013

ETAT DES LIEUX DE LA NON-OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION DES
SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM A
L'HOPITAL MERE-ENFANT DE LIMOGES

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Marie-Céline FOULATIER

Née le 13 mars 1989, à Guéret

Maître de Mémoire : Muriel GUINE

Guidante : Marie-Bernadette ETIFIER

REMERCIEMENTS

A mon maître de mémoire, Madame Muriel GUINE, pour m'avoir apporté son soutien et son aide.

A Madame Maryvonne GOMES, hôtelière de la maternité, pour son aide lors de la distribution des feuillets d'information ainsi que pour sa disponibilité.

A mes enseignantes, Madame Marie-Bernadette ETIFIER et Madame Valérie GAGNERAUD pour leur disponibilité, leur patience et leurs conseils.

A Monsieur François DALMAY pour sa disponibilité et ses conseils en matière de statistique.

A ma maman, ma sœur, ma grand-mère, et mes amis, particulièrement Agathe, pour leur très grande patience, leurs encouragements ainsi que leur aide durant ces quatre années.

Et enfin à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REEDUCATION PERINEALE ET NON OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

1. LE PERINEE, ELEMENT DE BASE DE LA STATIQUE PELVIENNE [4] [5] [6] [7] [8]
 - 1.1 Le périnée
 - 1.2 Fonction du diaphragme périnéal
 - 1.3 Les modifications périnéales dues à la grossesse et à l'accouchement
 - 1.4 Complications périnéales de la grossesse et de l'accouchement
2. LA REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM
 - 2.1 La prescription des séances de rééducation du périnée
 - 2.2 Principes et techniques de la rééducation périnéale
3. LA NON-OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION DES SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE EN POST-PARTUM
 - 3.1 La non-observance thérapeutique : une priorité en matière de santé publique
 - 3.2 Facteurs influençant la non-observance thérapeutique

PROTOCOLE DE RECHERCHE

1. PROBLEMATIQUE
2. OBJECTIF
 - 2.1 Objectif principal
 - 2.2 Objectif secondaire
3. INTERET DE LA RECHERCHE
4. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE
 - 4.1 Hypothèse principale
 - 4.2 Hypothèses secondaires
5. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL
6. TYPE D'ETUDE
7. LA POPULATION
 - 7.1 La population cible

- 7.2 La population source
- 8. NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES
- 9. LES VARIABLES ETUDIEES
- 10. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE
 - 10.1 Recrutement des sujets de l'échantillon et recueil des données
 - 10.2 Méthodes et moyens

RESULTATS DE L'ETUDE

- 1. PRESENTATION DE LA POPULATION
 - 1.1 Nombre de patientes incluses dans l'étude
 - 1.2 Caractéristiques socio-démographiques
- 2. L'INTEGRATION DE LA NECESSITE DE LA REEDUCATION PERINEALE
 - 2.1 Concernant l'échantillon global
 - 2.2 Selon l'apport d'information
 - 2.3 Selon la parité
 - 2.4 Selon la classe d'âge
 - 2.5 Selon le niveau d'étude
 - 2.6 Selon la catégorie socio-professionnelle
- 3. MODE DE DISPENSE DES INFORMATIONS
 - 3.1 La date de dispense des informations
 - 3.2 La source des informations dispensées
 - 3.3 La forme des informations dispensées
 - 3.4 Amélioration des connaissances par l'apport d'informations
 - 3.5 Satisfaction de la relation thérapeutique
- 4. FREINS A LA PRATIQUE DE LA REEDUCATION PERINEALE
 - 4.1 Niveau socio-économique
 - 4.2 Possibilité de locomotion
 - 4.3 Reprise du travail
 - 4.4 Existence d'une gêne liée aux techniques de traitement
 - 4.5 Expériences antérieures de rééducation périnéale
- 5. ÉLÉMENTS INFLUENÇANT L'OBSERVANCE DES PRESCRIPTIONS DE REEDUCATION PERINEALE
 - 5.1 Connaissance d'une sage-femme libérale
 - 5.2 Mode d'accouchement
 - 5.3 Type d'accouchement voie basse
 - 5.4 Etat du périnée après un accouchement par voie basse

5.5 Existence de troubles périnéaux en post-partum

DISCUSSION

1. POINTS FORTS DE L'ETUDE
2. LES LIMITES DE L'ETUDE
3. ANALYSE DES RESULTATS
 - 3.1 Hypothèse principale
 - 3.2 Hypothèses secondaires

PROPOSITIONS D'ACTION

CONCLUSION

ANNEXE I

ANNEXE II

ANNEXE III

ANNEXE IV

ANNEXE V

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

1. LIVRES
2. ARTICLE DE COLLOQUE
3. ARTICLES DE REVUE
4. THESES
5. RAPPORT
6. DOCUMENTS
7. PAGES WEB
8. COURRIEL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Les troubles pelviens altèrent considérablement la qualité de vie des femmes [1].

L'incontinence urinaire d'effort est le principal trouble périnéal retrouvé dans la période périnatale.

La grossesse et l'accouchement sont les premiers facteurs de risque de l'apparition de troubles périnéaux. [2]

La rééducation périnéale est nécessaire à la prise en charge de ces troubles périnéaux durant la phase de récupération physique qu'est le post-partum.

Cependant, beaucoup des accouchées à qui l'on prescrit des séances de rééducation périnéale ne les effectuent pas : 10 % seulement des accouchées observent ces prescriptions [3].

Cette étude a pour but d'améliorer l'observance de ces prescriptions.

Dans un premier temps, nous nous intéressons aux données de la littérature concernant l'anatomie du périnée et ses troubles, la rééducation périnéale ainsi que la non observance thérapeutique. Puis, nous verrons la méthodologie de l'étude mise en place suivie des résultats ainsi que de leur analyse.

REEDUCATION PERINEALE ET NON OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

1. LE PERINEE, ELEMENT DE BASE DE LA STATIQUE PELVIENNE [4] [5] [6] [7] [8]

Le périnée est composé d'un ensemble de muscles disposés en plusieurs plans. Il assure différentes fonctions. Au cours de la grossesse et de l'accouchement, il est sollicité de façon importante. Ainsi, certaines de ces fonctions peuvent être altérées.

1.1 Le périnée

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment, en bas, l'excavation pelvienne.

1.1.1 Musculature (cf annexe I)

Ces parties molles sont des muscles squelettiques organisés en trois plans.

1.1.1.1 Le plan profond

Le plan profond est constitué par les muscles releveurs de l'anus et les muscles ischio-coccygiens (ou muscles coccygiens).

Ils s'insèrent pratiquement sur tout le pourtour du détroit supérieur du bassin osseux et se rejoignent au niveau du noyau fibreux central du périnée situé entre l'anus et la vulve. Ainsi, ils forment un angle dièdre, ouvert vers le haut que l'on compare à un hamac. C'est cette architecture qui donne son nom au diaphragme pelvien.

Le muscle releveur de l'anus est organisé en une partie interne et une partie externe :

- la partie interne du muscle releveur de l'anus est elle-même composée des faisceaux pubo-rectal et pubo-vaginal ;

- la partie externe par les faisceaux pubo-coccygien et ilio-coccygien.

Le muscle releveur de l'anus cravate le vagin et l'urètre. C'est le muscle pelvien le plus puissant.

Le muscle coccygien vient compléter le plan profond et se situe en arrière de la partie externe des releveurs.

1.1.1.2 Le plan moyen

Le plan moyen du périnée est constitué par le muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre. Il n'existe qu'au niveau du périnée antérieur.

1.1.1.3 Le plan superficiel

Le plan superficiel est composé dans sa partie antérieure des muscles ischio-caverneux, bulbo-caverneux, transverse superficiel et constricteur de la vulve. Le sphincter externe de l'anus représente la partie postérieure du plan superficiel.

La plupart des muscles du périnée se rejoignent au niveau du noyau fibreux central.

1.1.2 Le cadre osseux

Le périnée a pour limite un cadre ostéo-fibreux en forme de losange. Les sommets de ce losange sont le bord supérieur de la symphyse pubienne (en avant), le sommet du coccyx (en arrière) et les tubérosités ischiatiques latéralement.

Le périnée est séparé en périnée antérieur (traversé par l'urètre et le vagin) et en périnée postérieur (traversé par le canal anal) par une ligne transversale joignant les deux tubérosités ischiatiques.

1.1.3 Innervation et vascularisation (cf annexe II)

L'innervation principale du périnée se fait par le plexus pudendal provenant des deuxième, troisième et quatrième vertèbres sacrées.

1.2 Fonction du diaphragme périnéal

Cette organisation musculaire a un rôle important dans la statique pelvienne : ces muscles supportent le poids des organes du bassin [8]. Le noyau fibreux central assure un point d'ancrage de ces muscles, en plus de leur ancrage sur le bassin osseux, faisant ainsi du diaphragme pelvien un hamac musculaire stable [6].

Par ailleurs, certains de ces muscles, comme les releveurs qui cravatent l'urètre, ont un rôle sphinctérien permettant ainsi de contrôler les mictions et les défécations. [7][8]

Ces muscles, et plus particulièrement les releveurs, interviennent également lors des rapports sexuels en assurant une « dynamique vaginale » : ils cravatent le vagin et favorisent ainsi l'adaptation contenu/contenant [9].

L'organisation anatomique du périnée et la robustesse des muscles périnéaux permettent un fonctionnement correct du diaphragme pelvien. Cependant, la prise de poids, la pratique sportive, les épisodes obstétricaux sont autant d'événements qui modifient cette architecture et cette robustesse musculaire. Ainsi, le fonctionnement du plancher pelvien est altéré. [10] [11]

1.3 Les modifications périnéales dues à la grossesse et à l'accouchement

La grossesse et l'accouchement sont des événements de la vie féminine qui altèrent le tonus et la force des muscles périnéaux [1].

En effet, pendant la grossesse, la survenue de modifications telles que l'hyperlordose ou l'hyperpression intra-pelvienne provoque l'étirement des ligaments pubo-urétraux, l'élongation des releveurs de l'anus et du nerf pudendal. La prise de poids accompagnant la grossesse y contribue. La conséquence est l'apparition d'une hypermobilité cervico-urétrale. [12] [13] [14]

La grossesse est également souvent accompagnée d'une constipation qui peut constituer une épine irritative si elle n'est pas traitée, générant une hyperactivité vésicale. [15]

Lors de l'accouchement, il se produit une surdistension, un étirement maximal du périnée lors du passage de l'enfant avec l'augmentation de la distance ano-vulvaire (10 à 12 cm), l'étirement du noyau fibreux central et l'incorporation du faisceau profond pubo-rectal au plan superficiel [4] [9]. Parfois, d'autres traumatismes périnéaux se constituent pour permettre le passage de l'enfant tels qu'une déchirure au niveau du périnée (différents degrés selon les structures touchées par la déchirure) ou la réalisation d'une épisiotomie [4].

L'accouchement contribue à dégrader des structures déjà fragilisées. Plus que le nombre d'accouchements, c'est le déroulement du premier accouchement qui est déterminant dans la constitution des troubles périnéaux du fait de son caractère plus traumatique [11].

A la suite de la grossesse et de l'accouchement, le rôle du périnée peut ainsi être altéré.

1.4 Complications périnéales de la grossesse et de l'accouchement

De la grossesse et de l'accouchement résultent un affaiblissement, des altérations des systèmes de soutènement du plancher pelvien, induisant son dysfonctionnement et donc l'apparition de troubles périnéaux.

Le premier trouble périnéal retrouvé pendant la période périnatale (et plus particulièrement en post-partum) est l'incontinence urinaire. L'hypermobilité cervico-urétrale a pour conséquence l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort qui est le trouble périnéal le plus fréquemment retrouvé en période périnatale [2] [13]. Les femmes se plaignent de pertes d'urines involontaires lors d'activités physiques, de la toux ou du rire [16]. Parfois, il s'ajoute une hyperactivité vésicale qui a pour conséquence l'apparition d'une incontinence urinaire par urgenturie (pertes d'urines précédées d'une urgence mictionnelle).

Les douleurs périnéales et l'inconfort sont également fréquemment retrouvés. [17]

Ces troubles (particulièrement l'incontinence urinaire d'effort) se retrouvent dès la grossesse qui favorise à elle seule leur survenue. Ainsi, même les femmes césarisées sont sujettes à l'apparition de ces troubles [1].

Dans le post-partum, les troubles périnéaux recensés sont des douleurs (notamment des dyspareunies), des troubles de la statique pelvienne (incontinence urinaire, incontinence anale), les béances vulvaires significatif du relâchement des structures. Des prolapsus sont également retrouvés à plus long terme. [18] [19]

Selon le moment de leur survenue (avant la grossesse, début ou fin de grossesse, après l'accouchement), ces troubles peuvent être transitoires et régresser dans les trois mois après l'accouchement [20]. Néanmoins, leur prévalence semble s'élever à nouveau à distance de celui-ci [19]. Leur réapparition dépend de leur prise en charge pendant la période du post-partum [21].

2. LA REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM

2.1 La prescription des séances de rééducation du périnée

Selon les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) de décembre 2002, ces séances doivent être prescrites au cours de la visite post-natale qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement. Durant cette visite, le praticien évalue la tonicité et la fonctionnalité du plancher pelvien par un examen vaginal appelé testing. L'interrogatoire recherche la présence de troubles, de signes synonymes d'altération du plancher pelvien (par exemple, perte d'urine lors d'un épisode de toux, difficultés à retenir les gaz, sensations de pesanteur ...). La prescription est alors individualisée, répondant précisément aux besoins de la patiente. [19] [22]

Cependant, dans certains services de maternité, la prescription de rééducation périnéale est systématique et l'ordonnance donnée lors de l'examen de sortie.

L'ANAES recommande également que la prescription soit accompagnée d'une information de la patiente portant sur le périnée (sur sa physiologie, ses fonctions, ses troubles et les risques évolutifs), sur la rééducation (notamment sur les techniques employées, sur les objectifs thérapeutiques, sur l'importance d'un travail personnel entre les séances et sur les bénéfices attendus). Cette information a pour but de sensibiliser la patiente à la nécessité de la rééducation du périnée dans sa situation (même si, parfois, il n'y a pas de symptômes présents) ainsi que d'obtenir son adhésion éclairée. Le professionnel ne doit pas se contenter de donner l'information, il doit également explorer les perceptions de la patiente afin d'évaluer ce qu'elle en a retenue, le but étant l'observance de la prescription. [19]

La patiente choisit un professionnel (sage-femme ou kinésithérapeute) pour rééduquer son périnée. L'assurance maternité prend totalement en charge le nombre de séances de rééducation fixé par le professionnel [23].

2.2 Principes et techniques de la rééducation périnéale

2.2.1 Les principes

La rééducation a comme visée :

- l'augmentation de la force (= force maximale produite par un muscle lors d'une contraction unique) ;
- l'augmentation de l'endurance (= capacité d'effectuer des contractions répétées ou à maintenir une contraction unique durant une longue période) ;
- l'augmentation de la résistance des muscles du plancher pelvien ;
- l'amélioration de leur coordination (= activité musculaire avant et pendant l'effort de toux ou l'augmentation de la pression intra-abdominale). [24]

Ces exercices du plancher pelvien permettent au périnée de recouvrer ses fonctions antérieures à la grossesse et à l'accouchement.

Ils sont prescrits lorsqu'au moins une des trois situations a été constatée : faiblesse des muscles pelviens, incontinence (les séances de rééducation par exercice musculaire du plancher pelvien représentent le traitement de première intention de l'incontinence pré et post-natale [25]), douleurs périnéales. [17]

Parfois ces troubles sont transitoires et disparaissent seuls [19]. Le plancher pelvien a tout de même été fragilisé. La rééducation périnéale reste alors nécessaire pour prévenir leur réapparition. [17]

2.2.2 Les techniques

Différentes techniques sont utilisées.

2.2.2.1 La rééducation manuelle

La rééducation manuelle consiste à faire contracter, volontairement et de façon répétée, les muscles du plancher pelvien lors d'une sollicitation ou d'une résistance des doigts intra-vaginaux du thérapeute.

2.2.2.2 Le biofeedback

Le biofeedback utilise une sonde intra-vaginale. La patiente contracte les muscles pelviens volontairement et l'effet de la contraction est visualisé par un ordinateur sur un écran relié à la sonde. Cette technique permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien, donc le travail actif fourni par la patiente. La répétition des exercices permet de recréer des réflexes adaptés.

2.2.2.3 L'électrostimulation

L'électrostimulation est la stimulation électrique d'un muscle du périnée via une sonde intra-vaginale, qui entraîne sa contraction réflexe. Elle utilise des courants électriques d'intensité croissante. La patiente peut, avant la contraction, faire une contraction active de son périnée qui aide le travail de stimulation passive.

La conjugaison de plusieurs techniques semble d'une efficacité supérieure à l'utilisation d'une technique isolée. Cependant, il n'existe pas de consensus de professionnels ni de preuves scientifiques sur un protocole précis à adopter. [17][26]

La rééducation périnéo-sphinctérienne est pratiquée, le plus souvent, en post-partum. On parle de rééducation du post-partum lorsqu'elle s'effectue dans l'année suivant l'accouchement [27]. Il est également possible de faire des séances au cours de la grossesse pour corriger des troubles qui apparaissent dès lors [13].

Cependant, cette rééducation ante-partum n'annule pas la nécessité d'une rééducation en post-partum.

3. LA NON-OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION DES SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE EN POST-PARTUM

La non-observance thérapeutique est le fait de ne pas suivre une prescription médicale. [28]

3.1 La non-observance thérapeutique : une priorité en matière de santé publique

La non-observance thérapeutique a pour conséquence de prolonger la durée de la pathologie (10 à 20 % des cas), de contribuer à augmenter les arrêts de travail pour raisons de santé (5 à 10 % des cas), d'augmenter la fréquence des visites chez le médecin ou le spécialiste (5 à 10 % des cas) et d'augmenter le nombre de journées d'hospitalisation (de 1 à 3 jours) [28].

Ainsi, cette non-observance réduit le potentiel de bonne santé des personnes et augmente les coûts des systèmes de santé [29].

La non-observance thérapeutique est un problème de santé publique. Il faut tenir compte des facteurs qui l'influencent.

3.2 Facteurs influençant la non-observance thérapeutique

3.2.1 Caractéristiques propres à la patiente

Ses perceptions, ses croyances, ses connaissances, ses représentations par rapport au traitement et à la maladie vont jouer un rôle dans sa prise de décision [29]. Interviennent aussi son niveau de compréhension, sa sensibilité à l'empathie du prescripteur [28].

De plus, l'ethnie ou la culture ont une influence du fait que les représentations qui leur sont propres peuvent être éloignées des exigences médicales [28] [29].

Les expériences antérieures conditionnent également les actions (ou l'inaction) de l'individu [30]. Des variations d'observance thérapeutique existent également en fonction de l'âge de la personne [29].

Enfin, l'observance à un traitement est déterminée par la présence ou non de symptômes de la pathologie pour laquelle elle est soignée, l'absence de signes venant comme discréditer la nécessité du traitement. [30]

3.2.2 Facteurs extérieurs à la patiente

Plusieurs facteurs extérieurs à la patiente vont déterminer son choix :

- le coût relatif à la prescription (matériel, séances, déplacement ...) et donc la situation socio-économique de la patiente ;
- l'attitude de l'entourage familial vis à vis du traitement et de la maladie (expériences des personnes de l'entourage, avis positif ou négatif par rapport au traitement, le rapport au corps dans la culture familiale ...) ;
- la situation familiale (famille nombreuse, non possibilité d'un mode de garde pour les enfants non scolarisés, ...) et sociale (isolement, reprise du travail sans possibilité de prendre du temps pour faire la rééducation). [28] [29]

L'apport d'informations sur la pathologie et le traitement est la base de la mise en place d'une bonne observance. Cette information doit être adaptée à la personne à qui elle s'adresse et demande, de ce fait, une évaluation des perceptions de la patientes, de ses possibilités, de ses connaissances, de ses croyances ... Ce sont des facteurs extérieurs à la patiente qui vont déterminer son degré d'implication dans le traitement et donc son observance. Les professionnels de santé sont donc également impliqués dans la non-observance de leur prescription. [30]

3.2.3 La relation thérapeutique

Il doit s'établir un « accord de confiance réciproque pour vaincre les résistances ... s'opposant au changement et à la guérison » [31]. Ainsi, la qualité de la relation thérapeutique entre la patiente et le thérapeute a une influence sur l'observance de la prescription [28] [29].

Cette relation thérapeutique découle de l'interaction de deux personnes qui ont chacune leur vécu, leurs croyances, leurs connaissances, leur disponibilité, leur culture, leur éducation, la croyance à l'efficacité du traitement ...

Parfois, la fonction du thérapeute représentant la toute-puissance et l'omniscience freine la mise en place d'une relation thérapeutique de qualité

avec une patiente qui se positionne ou est positionnée en situation régressive.
[31][32]

3.2.4 La maladie et le traitement

La motivation de la personne à suivre une prescription découle directement des caractéristiques de la maladie et du traitement [29].

Les troubles périnéaux, et plus particulièrement l'incontinence urinaire, sont difficiles à admettre. Les patientes se sentent gênées et n'osent pas en parler [19].

La rééducation du périnée touche une zone du corps très intime. Elle nécessite, de plus, des manipulations intra-vaginales et l'utilisation de sondes vaginales. Cela peut générer une mauvaise acceptation de la patiente.

L'idée de l'incontinence urinaire comme fatalité à des âges avancés, en rapport avec les différents accouchements vécus, est ancrée dans l'esprit de nombreuses femmes. Cette idée est encouragée par la banalisation de ces troubles par les médias.

Par ailleurs, tout examen médical contient une part de matérialisation du corps par le praticien : le corps est objet du travail. Le sentiment de matérialisation peut accentuer le malaise de la patiente [33] et générer également une résistance au traitement.

La non observance des prescriptions de rééducation n'a été l'objet que de peu d'études. Ainsi, l'étude mise en place vise à avoir une meilleure connaissance de la population des non observantes, le but étant d'augmenter l'observance de ces prescriptions.

PROTOCOLE DE RECHERCHE

La non-observance des séances de rééducation périnéale prescrites dans le post-partum est un phénomène connu.

La survenue de troubles périnéaux à plus ou moins long terme font que cette négligence réduit le potentiel de bonne santé des patientes et augmente les dépenses en matière de Santé Publique (multiplication des consultations de spécialistes, hospitalisation, ...).

Cependant, les femmes n'ont jamais été interrogées.

1. PROBLEMATIQUE

Il y a des raisons précises à la non-observance de la prescription de la rééducation périnéale dans le post-partum qu'il serait intéressant de détecter.

Quelles sont les critères liés à la non pratique de la rééducation périnéale prescrite dans le post-partum ?

2. OBJECTIF

2.1 Objectif principal

Estimer, chez les accouchées, la proportion de celles qui n'ont pas intégré l'importance de la rééducation du périnée en post-partum, à la suite des informations reçues.

2.2 Objectif secondaire

Identifier les critères liés à la non-observance des prescriptions de séances de rééducation périnéale dans le post-partum.

3. INTERET DE LA RECHERCHE

La non-observance des prescriptions des séances de rééducation périnéale dans le post-partum est un phénomène connu : on sait que seulement 10 % des accouchées réalisent les séances qui leur sont prescrites [3].

Elle a de lourdes conséquences : une prévalence des troubles périnéaux élevée (trois millions de femmes souffrent d'incontinence urinaire) [33], générant des dépenses aussi bien pour la patiente (en protections et autres) que pour l'assurance maladie par la multiplication des consultations de spécialistes.

Les femmes n'ont cependant jamais été interrogées.

Cette étude permet de connaître le taux de non-observance de la rééducation du périnée en post-partum à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. Elle vise à rechercher, par rapport à des items (information, situation socio-économique, etc) des caractéristiques communes aux femmes n'observant pas les prescriptions de rééducation périnéale et des caractéristiques communes aux femmes observant ces prescriptions, et à montrer qu'il existe une différence statistiquement significative entre ces deux groupes. Ainsi, elle identifie les critères liés statistiquement à la non-observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum. La finalité de cette étude est d'améliorer les prises en charge notamment en termes d'éducation et de qualité des informations dispensées pendant et après leur grossesse.

4. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

4.1 Hypothèse principale

A la suite des informations reçues, la majorité des accouchées, soit 51 %, n'ont pas intégré la nécessité de la rééducation périnéale dans le post-partum.

4.2 Hypothèses secondaires

Les patientes n'observant pas les prescriptions des séances de rééducation périnéale du post-partum ont des caractéristiques communes.

Les sondes et manipulations intra-vaginales, nécessaires au traitement des troubles périnéaux lors des séances de rééducation périnéale, sont des freins à l'observance des prescriptions de séances de rééducation périnéale dans le post-partum.

5. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

L'intégration de la nécessité de la rééducation périnéale dans le post-partum est jugée effective lorsque :

- la patiente sait la nécessité de cette rééducation

et

- qu'elle s'est engagée à faire ces séances (c'est-à-dire qu'elle a pris rendez-vous ou a commencé les séances).

6. TYPE D'ETUDE

Mon étude est une étude transversale, descriptive et comparative.

7. LA POPULATION

7.1 La population cible

La population cible est l'ensemble des femmes suivies à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges pendant la grossesse et en post-partum.

7.2 La population source

Le recrutement des femmes a été fait parmi celles qui ont accouché à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges.

Les critères d'exclusion étaient :

- la non-prescription de séances de rééducation périnéale lors de la consultation post-natale.
- la survenue d'un périnée complet ou d'un périnée complet compliqué lors de l'accouchement. En effet, ces femmes ont besoin de prises en charge supplémentaires avant de pratiquer les séances de rééducation périnéale et l'information qui leur est dispensée est plus spécifique.
- un langage autre que le français.
- la déficience mentale.
- le statut de « mineure » ou de « sous curatelle/tutelle ».

8. NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES

La majorité des femmes n'ayant pas intégré l'importance de la rééducation du périnée en post-partum, soit 51 %, n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites.

En appliquant la formule $n = (\varepsilon^2 pq) / i^2$ avec ε qui est le risque d'erreur pris à 1,96 ; p qui est égale à 0,51 et q à 0,49 et avec une précision prise à 5 % : $n = 384$. L'échantillon devrait être composé de 384 accouchées.

Si on ajoute 10 % de cas non exploitables, on obtenait un nombre de sujets nécessaires égal à 423 accouchées.

9. LES VARIABLES ETUDIEES

Intégration de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

- Connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum (v. qualitative binaire) : oui / non.

- La pratique de la rééducation périnéale dans le post-partum (v. qualitative binaire) : oui / non.

Mode de dispense des informations concernant la rééducation périnéale

- Informations dispensées à la patiente (v. qualitative binaire) : oui / non.
 - Si oui :
 - Quand ont-elles été données ? (v. qualitative) : pendant la grossesse / lors de l'examen de sortie à la maternité / à la visite post-natale / autres.
 - Qui les a données ? (v. qualitative) : sages-femmes et ou médecins / un membre de l'entourage et ou autres (livres, internet ...) / les deux.
 - Si sages-femmes et ou médecins, comment les ont-ils données ? (v. qualitative) : informations orales / informations orales et illustrations / informations écrites / autres.
 - Amélioration des connaissances grâce aux informations reçues (v. qualitative binaire) : oui / non
 - Satisfaction de la relation thérapeutique avec les médecins ou les sages-femmes lors de la dispense des informations (v. qualitative binaire) : oui / non. La satisfaction sera oui quand elles auront été entendues, quand elles auront pu poser des questions, quand elles se seront senties à l'aise lors de l'entretien.

Freins à la pratique de la rééducation périnéale

- Possibilité de locomotion (v. qualitative binaire) : oui / non.
- Possibilité d'un mode de garde du ou des enfant(s) (v. qualitative binaire) : oui / non.
- Reprise du travail (v. qualitative binaire) : oui / non.
- Existence d'une gêne liée aux techniques et au matériel (v. qualitative binaire) : oui / non.
- Expériences antérieures de rééducation périnéale (v. qualitative binaire) : oui / non.

- Si oui, vécu de l'expérience (v. qualitative binaire) : bon vécu / mauvais vécu. Ces modalités seront déterminées par une variable ordinale : très bien vécu / bien vécu / moyennement bien vécu / pas du tout bien vécu. Le vécu sera considéré comme mauvais lorsque les réponses seront « moyennement bien vécu » ou « pas du tout bien vécu ».
- Si mauvais vécu :
- Qu'a-t-elle mal vécu ? Variable qualitative puisque c'est une question ouverte. Les réponses seront classées par thème.
- Pourquoi ? Variable qualitative puisque c'est une question ouverte. Les réponses seront classées par thème.

Autres variables qui pourraient influencer l'observance des prescriptions de rééducation périnéale :

- Connaissance d'une sage-femme libérale (v. qualitative binaire) : oui / non.
- Mode d'accouchement (v. qualitative binaire) : accouchement voie basse / césarienne.
 - Si accouchement voie basse, type d'accouchement voie basse (v. qualitative binaire) : accouchement non instrumental / accouchement instrumental.
 - Si accouchement voie basse, état du périnée (v. qualitative binaire) : périnée intact / épisiotomie / déchirure périnéale.
- Existence de troubles périnéaux en post-partum (dans les cinq jours suivants l'accouchement) (v. qualitative binaire) : oui / non.
 - Si oui, persistance de ces troubles périnéaux au moment de la consultation post-natale (v. qualitative binaire) : oui / non.
 - Si non, survenue de ces troubles au moment de la consultation post-natale (v. qualitative binaire) : oui / non.

Caractéristiques sociodémographiques :

- Age (v. quantitative).
- Pays d'origine (v. qualitative).
- Situation familiale : seule / en couple (v. qualitative).
- Parité (v. qualitative)

- Niveau d'étude (v. qualitative) : il sera classé selon les choix disponibles sur Filemaker.
- Catégorie socioprofessionnelle (v. qualitative) : elle sera classée selon les choix disponibles sur Filemaker.
- Niveau socio-économique (v. qualitative binaire) : normal-élevé / bas
 - seront considérées comme ayant un niveau socio-économique bas les foyers où aucune personne ne travaille, les foyers où une seule personne exerce un emploi précaire (c'est-à-dire salaire mensuel inférieur à 1500€ pour les familles monoparentales et inférieur à 3000€ pour les couples avec enfant selon l'INSEE [34]).

10. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

10.1 Recrutement des sujets de l'échantillon et recueil des données

Le relevé des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire.

Les femmes ont été interrogées par téléphone dix semaines après leur accouchement.

Un pré-test a été réalisé au cours du mois de février. J'ai contacté par téléphone une dizaine d'accouchées dix semaines après leur accouchement. Ce pré-test m'a permis de vérifier que la formulation des questions était compréhensible et claire. Le temps nécessaire au remplissage du questionnaire était raisonnable puisqu'il se situait aux alentours de dix minutes par patiente. Par ailleurs, les patientes se souvenaient en majorité des éléments posés sur leur grossesse : les efforts de remémoration n'ont donc pas semblé être un frein à la réalisation de l'étude.

10.2 Méthodes et moyens

10.2.1 Avertissement des accouchées

Un feuillet d'information (cf annexe III) a été distribué aux accouchées et récupéré par l'hôtesse de la maternité qui voit toutes les patientes du service.

Ce feuillet contient une présentation de l'action de recherche sans précision afin de ne pas influencer le choix des patientes de faire ou non la rééducation du périnée prescrite.

Il a servi à avertir les accouchées de mon appel téléphonique environ deux semaines après leur visite post-natale pour leur poser des questions. Il a également servi à recueillir leur numéro de téléphone fixe afin de limiter les dépenses liées aux communications téléphoniques.

10.2.2 Déroulement de l'étude

Le support de cette étude est un questionnaire (cf annexe IV). Chaque questionnaire est identique pour toutes les patientes et l'exploitation des données a été anonyme : à chaque patiente correspond un numéro qui est reporté sur le questionnaire.

Après avoir récupéré les feuillets d'information à la maternité, j'ai téléphoné aux patientes quinze jours après leur consultation post-natale (soit environ dix semaines après leur accouchement) pour leur poser les questions. J'ai retranscrit simultanément leurs réponses sur le support.

L'étude a débuté le 15 mars 2012 par la distribution des feuillets d'information. Le recrutement des patientes a eu lieu du 15 mars 2012 au 24 septembre 2012.

L'enquête par téléphone a été effectuée du 24 mai 2012 au 3 décembre 2012.

10.2.3 Saisie et exploitation des données

Les données ont été saisies dans un tableur du logiciel Statview. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableur Microsoft Office Excel 2007.

Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyennes avec écart-types si besoin.

Les variables qualitatives sont exprimées sous forme de pourcentage avec un intervalle de confiance si cela s'avère nécessaire.

La comparaison entre deux sous-groupes sera réalisée avec les tests de Chi² et de Fischer.

RESULTATS DE L'ETUDE

1. PRESENTATION DE LA POPULATION

1.1 Nombre de patientes incluses dans l'étude

A la maternité, 477 patientes ont reçu le feuillet d'information. Parmi elles, seulement 268 patientes ont répondu aux appels téléphoniques ce qui fait 44 % de patientes non jointes.

La consultation post-natale a été réalisée par 245 patientes sur les 268 qui ont répondu (soit 91 %) : 214 ont eu des séances de rééducation périnéale prescrites.

Ainsi, l'échantillon global sur lequel porte cette étude est composé de 214 accouchées.

1.2 Caractéristiques socio-démographiques

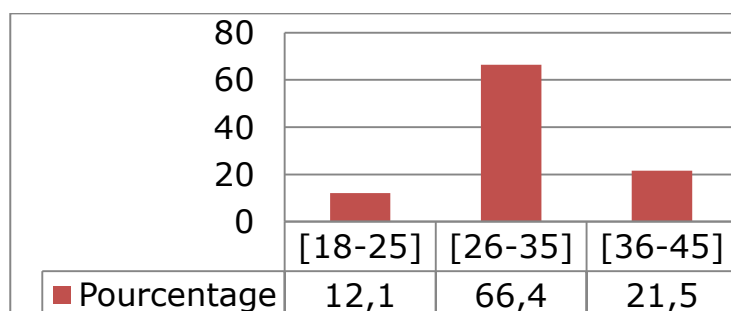
1.2.1 L'âge

Age moyen des patientes : 31,47 ans (minimum à 20 ans et maximum à 43 ans).

La population a été séparée en trois classes d'âge :

- une classe d'âge correspondant aux âges intermédiaires [26-35 ans]
- deux classes correspondant aux extrêmes : [18-25 ans] et [36-45 ans].

Répartition des patientes selon leur âge



La majorité des patientes se situent dans la tranche d'âge intermédiaire (66,4 %).

1.2.2 L'origine géographique

Sur les 214 patientes de l'échantillon global, la grande majorité sont d'origine française (96,3 %). Les autres patientes sont originaires d'Afrique Noire (1,4 %) et de pays arabes (Afrique du Nord et Moyen Orient : 2,3 %).

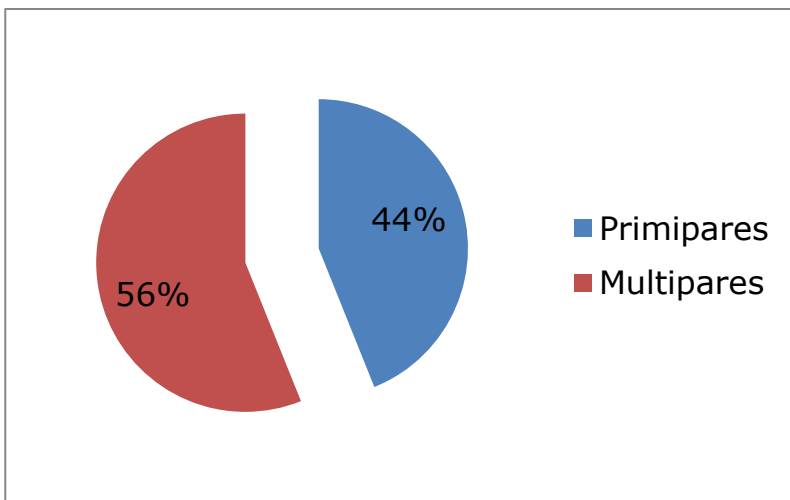
1.2.3 La situation familiale

Les patientes vivant en couple sont majoritaires à hauteur de 96,3 %. Les personnes seules représentent seulement 3,7 % des patientes (soit 8 accouchées sur les 214).

1.2.4 La parité

Les accouchées ont en moyenne 1,76 enfants, avec un maximum à 6 enfants. Les patientes ont été réparties en deux sous-groupes : primipares et multipares.

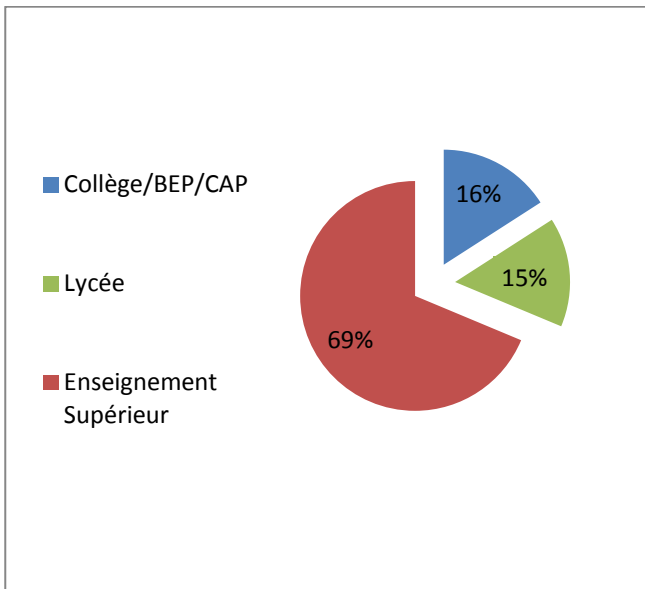
Répartition des patiente selon la parité



L'échantillon est composé de 43,9 % de primipares et de 56,1 % de multipares.

1.2.5 Le niveau d'étude

Répartition des patientes selon le niveau d'étude

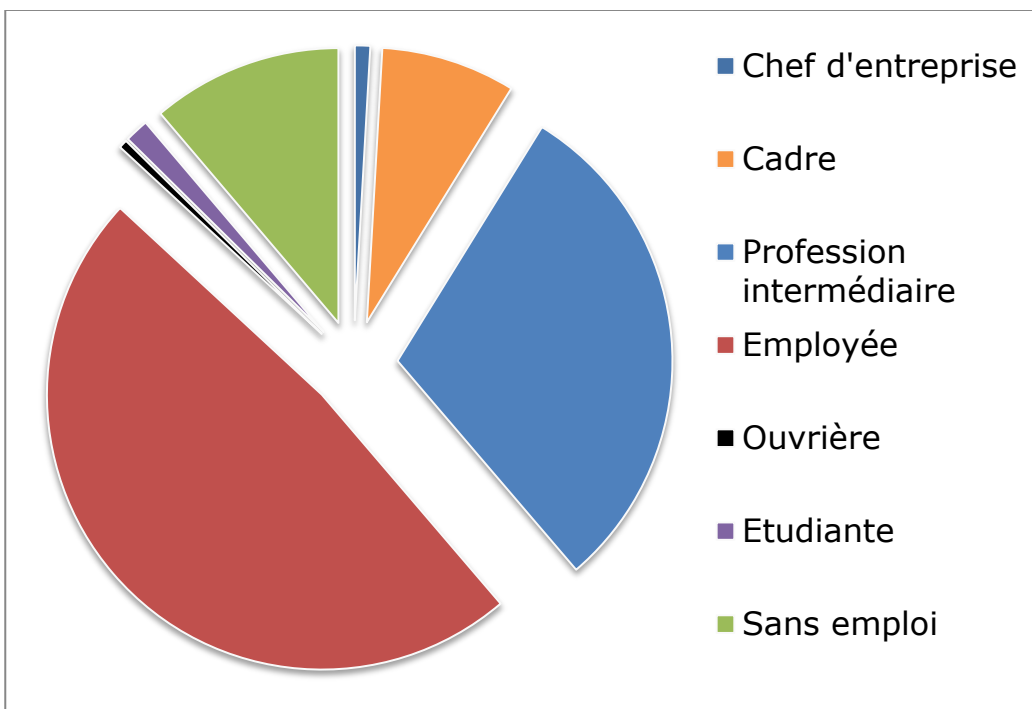


La majorité des patientes ont fait des études supérieures (68,7 %).

Les patientes ayant un niveau scolaire équivalent au lycée représentent 15,4 % des patientes, tandis que celles ayant un niveau équivalent au collège/BEP/CAP représentent 15,9 %.

1.2.6 La catégorie socio-professionnelle

Répartition des patientes selon la catégorie socio-professionnelle

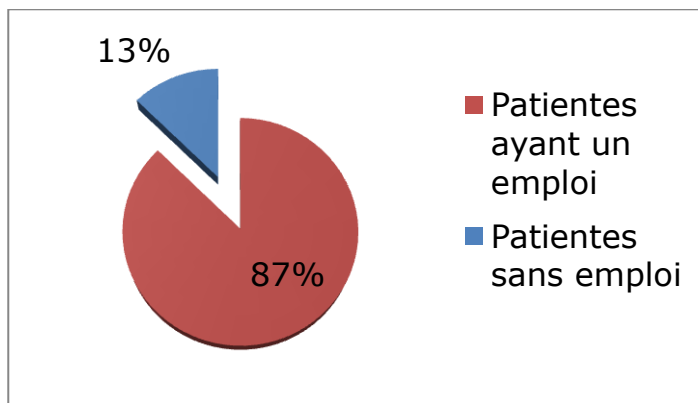


Les accouchées sont proportionnellement plus nombreuses dans la catégorie des employée (48,1 %).

Les patientes exerçant des professions intermédiaires représentent 29,9 % des accouchées ; 11,2 % sont sans emploi ; 8 % sont cadres ; les étudiants sont 1,4 % ; les chefs d'entreprise sont 0,9 % et les ouvrières 0,5 %.

Nous avons choisi de répartir les accouchées selon deux groupes : patientes ayant un emploi et patientes n'ayant pas d'emploi (les étudiantes sont incluses dans ce dernier groupe) en raison du peu d'effectifs des autres sous-groupes (3 étudiantes, 1 ouvrière, 2 chefs d'entreprise).

Répartition des patientes selon qu'elles aient ou non un emploi



87,4 % des patientes de l'échantillon occupent un emploi, alors que 12,6 % n'en ont pas.

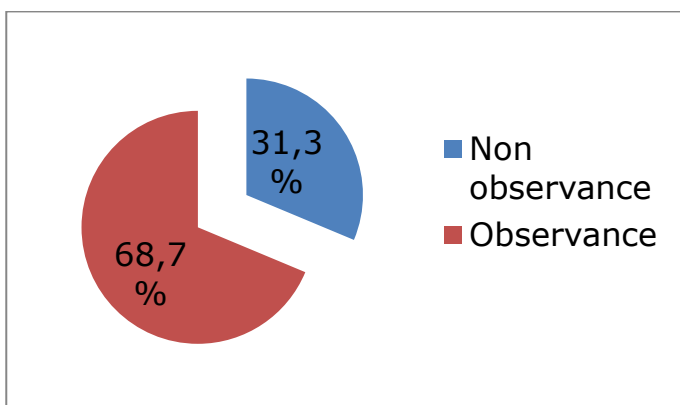
Dans la suite de la présentation des résultats, nous avons choisi de ne faire seulement apparaître les graphiques des résultats qui semblent intéressants pour l'analyse.

2. L'INTEGRATION DE LA NECESSITE DE LA REEDUCATION PERINEALE

2.1 Concernant l'échantillon global

Nous avons considéré que les patientes ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum si elles connaissent cette nécessité **et** si elles observent les prescriptions.

Répartition des accouchées selon leur observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum



31,3% des patientes n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faite

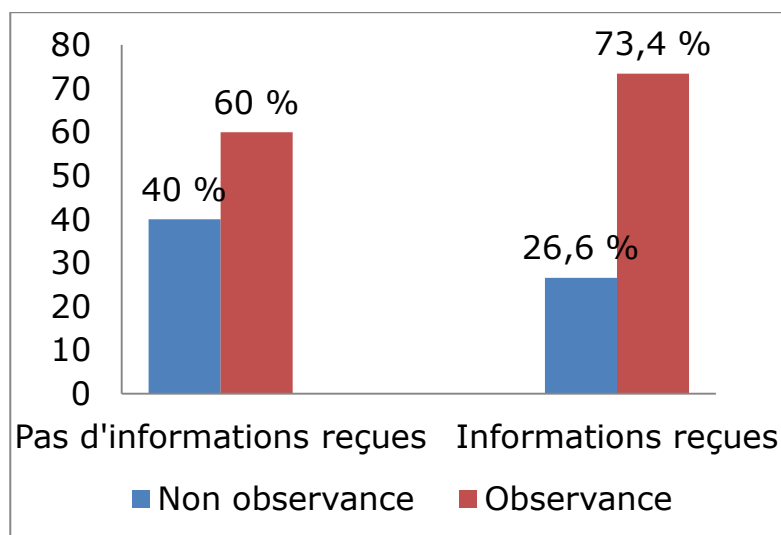
7,5 % des accouchées ne connaissent pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum (soit 92,5 % qui ont compris la nécessité).

Ainsi, 35,1 % des accouchées n'ont pas intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum.

2.2 Selon l'apport d'information

Sur les 214 accouchées de l'échantillon, 65 % disent avoir reçu des informations sur la rééducation périnéale (contre 25 % qui disent n'avoir reçu aucune information sur le sujet).

Observance et non observance des prescriptions selon l'apport ou non d'informations



$p=0,044$

n patientes "informations reçues" = 139

n patientes "pas d'informations reçues" = 75

26,6 % des patientes ayant reçu des informations n'observent pas les prescriptions, soit 37 patientes.

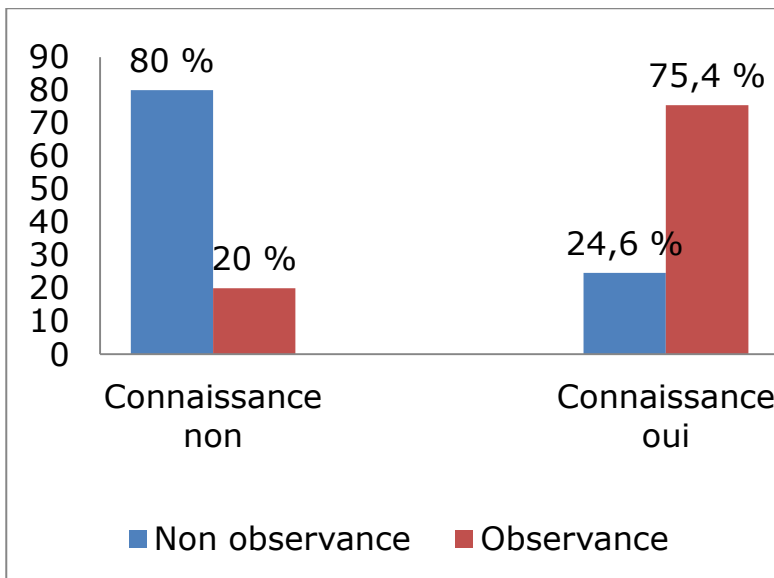
40 % des patientes n'ayant pas reçu d'informations n'observent pas les prescriptions, soit 30 patientes.

2.2.1 Patientes ayant reçu des informations

Parmi celles qui ont reçu des informations, 26,6 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites.

3,6 % des accouchées ne connaissent pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum (soit 5 patientes).

Observance et non observance des prescriptions selon la connaissance ou non de la nécessité de cette rééducation



$p = 0,0178$

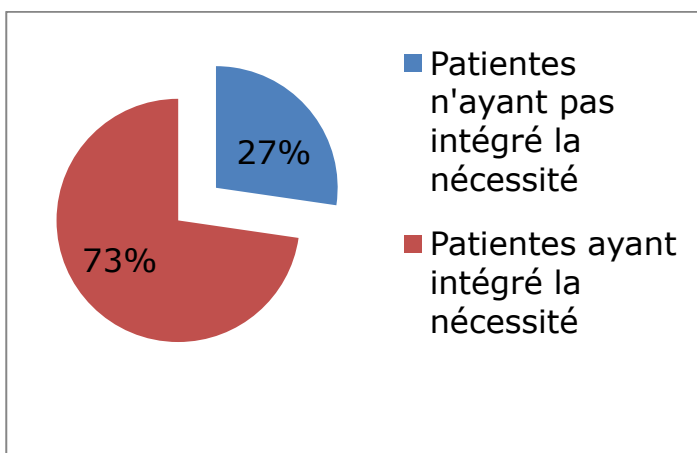
n patientes "connaissance oui" = 134

n patientes "connaissance non" = 5

24,6 % des patientes sachant la nécessité des séances de rééducation n'observent pas les prescriptions, soit 33 patientes.

80 % des patientes ne sachant pas la nécessité des séances de rééducation n'observent pas les prescriptions, soit 4 patientes sur les 5.

Répartition des accouchées selon leur intégration ou non de la nécessité de cette rééducation à la suite des informations délivrées



Ainsi, 27,3 % des accouchées (soit 38 patientes sur les 139 de l'échantillon) n'ont pas intégré la nécessité de la rééducation en post-partum à la suite des informations délivrées (soit 72,7% qui l'ont intégré).

2.2.2 Patientes n'ayant pas reçu d'information

Parmi celles qui n'ont pas reçu d'informations, 40 % (soit 30 patientes sur les 75 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 60 % qui les observent).

De même, 14,7 % des accouchées (soit 11 accouchées) ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 85,3 % qui connaissent la nécessité).

53,3 % des accouchées ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 46,7 % des accouchées ne l'ont pas intégrée.

2.3 Selon la parité

2.3.1 Les primipares

Parmi les primipares, 19,1 % (soit 18 accouchées sur les 94 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 80,9 % qui les observent).

De même, 6,4 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 93,6 % qui connaissent la nécessité).

79,8 % des primipares ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 20,2 % ne l'ont pas intégrée.

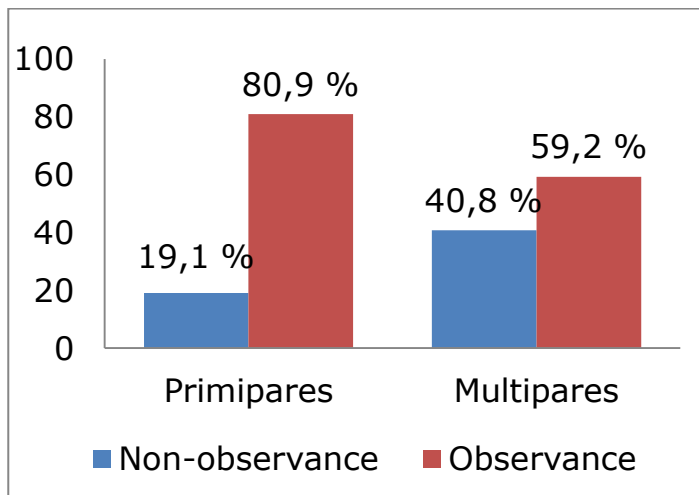
2.3.2 Les multipares

Parmi les multipares, 40,8 % (soit 49 patientes sur les 120 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 51,2 % qui les observent).

De même, 8,3 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 91,7 % qui ont connaissent la nécessité).

55 % des multipares ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 45 % ne l'ont pas intégrée.

Observance et non observance des prescriptions selon la parité



$p = 0,0007$

n patientes "primipares" = 94

n patientes "multipares" = 120

2.4 Selon la classe d'âge

2.4.1 Les 18-25 ans

Parmi ces accouchées, 46,2 % (soit 12 patientes sur les 26 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 53,8 % qui les observent).

De même, 26,9 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 73,1 % qui connaissent la nécessité).

46,2 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 53,8 % ne l'ont pas intégrée.

2.4.2 Les 26-35 ans

Parmi ces accouchées, 25,4 % (soit 36 patientes sur les 142 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 74,6 % qui les observent).

De même, 4,2 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 95,8 % qui connaissent la nécessité).

72,5 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 27,5 % ne l'ont pas intégrée.

2.4.3 Les 36-45 ans

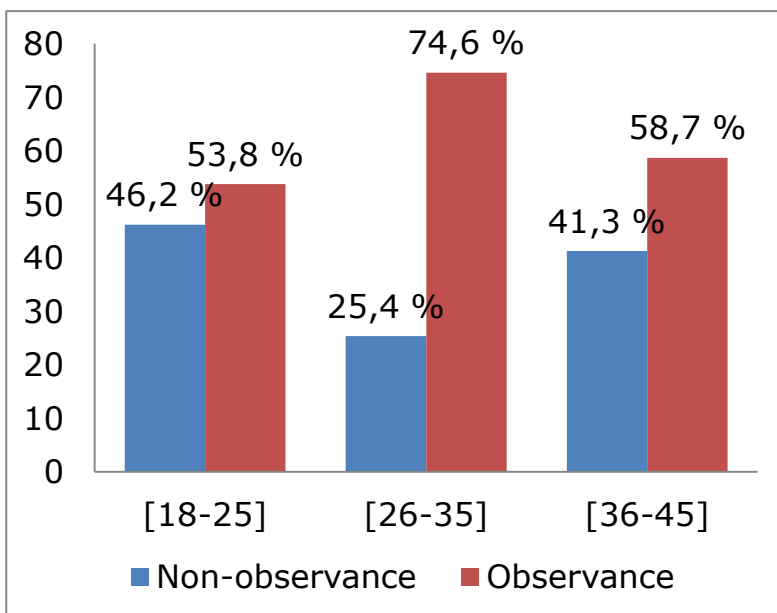
Parmi ces accouchées, 41,3 % (soit 19 patientes sur les 36 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 58,7 % qui les observent).

De même, 6,5 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 93,5 % qui connaissent la nécessité).

56,5 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 43,5 % ne l'ont pas intégré.

Dans le graphique suivant, n'apparaissent que les données relatives à l'observance et à la non observance des prescriptions.

Observance et non observance des prescriptions selon l'âge



$p = 0,0281$

n patientes [18-25 ans] = 26

n patientes [26-35 ans] = 142

n patientes [36-45 ans] = 36

Accouchées non observantes : moyenne d'âge de 31,9 +/- 5,6 ans (médiane à 32 ans).

Accouchées observantes : moyenne d'âge de 31,3 +/- 4,5 ans (médiane à 31 ans).

2.5 Selon le niveau d'étude

2.5.1 Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent au collège/BEP/CAP

Parmi ces accouchées, 58,8 % (soit 20 patientes sur les 37 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 41,2 % qui les observent).

De même, 11,8 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 88,2 % qui connaissent la nécessité).

38,2 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 61,8 % ne l'ont pas intégrée.

2.5.2 Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent au lycée

Parmi ces accouchées, 42,4 % (soit 14 patientes sur les 33 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 57,6 % qui les observent).

De même, 9,1 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 90,9 % qui connaissent la nécessité).

54,5 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 45,5 % ne l'ont pas intégrée.

2.5.3 Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent à l'enseignement supérieur

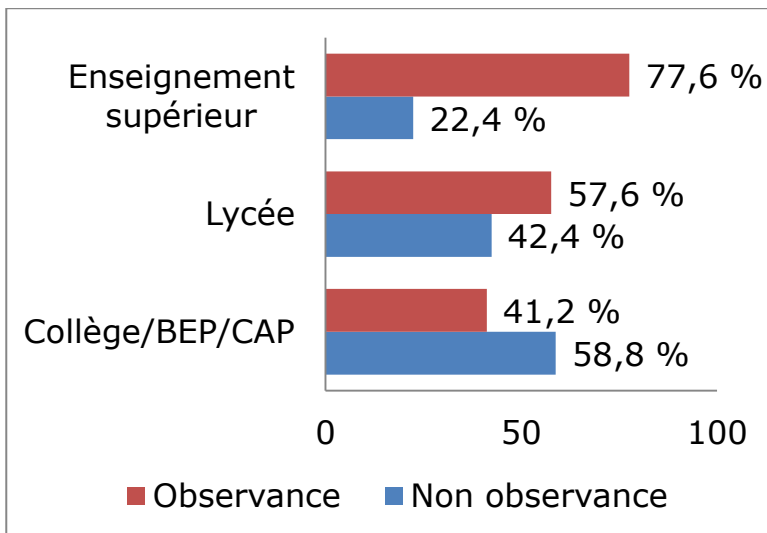
Parmi ces accouchées, 22,4 % (soit 33 patientes sur les 174 de l'échantillon) n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites (soit 77,6 % qui les observent).

De même, 6,1 % ne pensent pas que la rééducation du périnée soit nécessaire en post-partum (soit 93,9 % qui connaissent la nécessité).

74,8 % ont intégré la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, 25,2 % ne l'ont pas intégrée.

Dans le graphique suivant, n'apparaissent que les données relatives à l'observance et à la non observance des prescriptions.

Observance et non observance des prescriptions selon le niveau d'étude



$p < 0,0001$

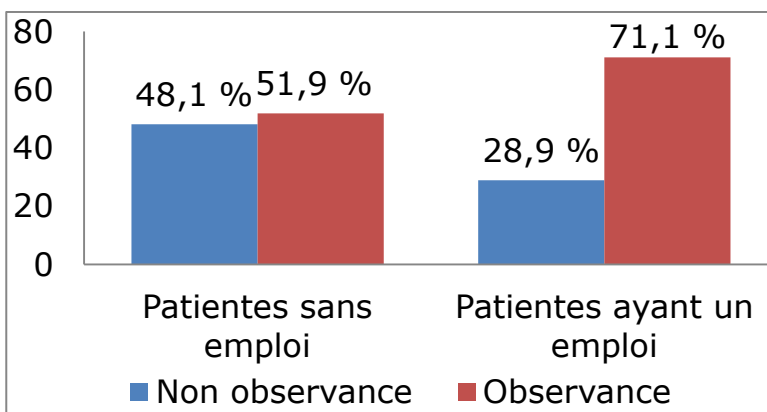
n patientes "enseignement supérieur" = 147

n patientes "lycée" = 33

n patientes "collège/BEP/CAP" = 37

2.6 Selon la catégorie socio-professionnelle

Observance et non observance des prescriptions selon l'occupation ou non d'un emploi



$p = 0,0288$

n patientes "ayant un emploi" = 187

n patientes "sans emploi" = 27

48,1 % des patientes (soit 13 patientes sur les 27 de l'échantillon) n'ayant pas d'emploi n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites. La non observance des prescriptions diminuent lorsqu'elles occupent un emploi (28,9 % de non observance soit 54 patientes sur les 187 de l'échantillon).

14,8 % des patientes n'ayant pas d'emploi ne savent pas la nécessité de cette rééducation en post-partum tandis qu'elles sont 6,4 % à ne pas savoir lorsqu'elles occupent un emploi.

Ainsi, lorsqu'elles n'occupent pas d'emploi, 51,9 % des patientes n'ont pas intégré la nécessité des séances de rééducation périnéale en post-partum (contre 31,6 % lorsqu'elles occupent un emploi).

La suite des résultats porte sur l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum et non plus sur l'intégration de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum.

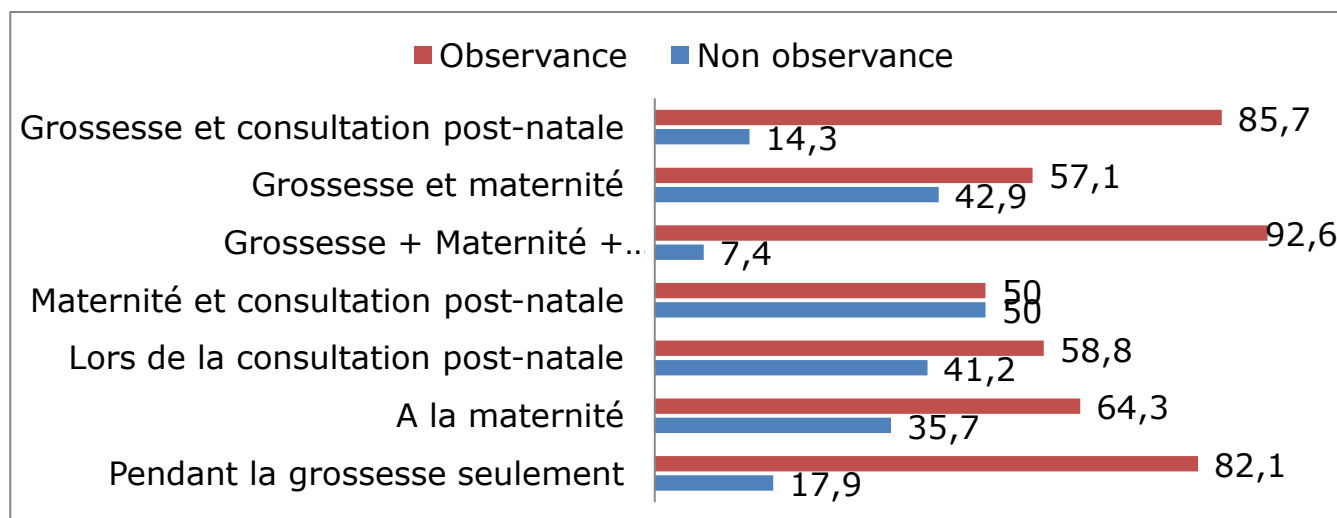
3. MODE DE DISPENSE DES INFORMATIONS

3.1 La date de dispense des informations

Répartition des accouchées selon la date à laquelle les informations ont été reçues

	Nombre	Pourcentage
Pendant la grossesse seulement	28	20,1
A la maternité	14	10,1
Lors de la consultation post-natale	17	12,2
Grossesse+maternité+consultation post-natale	27	19,4
Grossesse+maternité	14	10,1
Grossesse+consultation post-natale	21	15,1
Maternité+consultation post-natale	18	13
Total	139	100

Observance et non observance des prescriptions selon la date à laquelle les informations ont été reçues



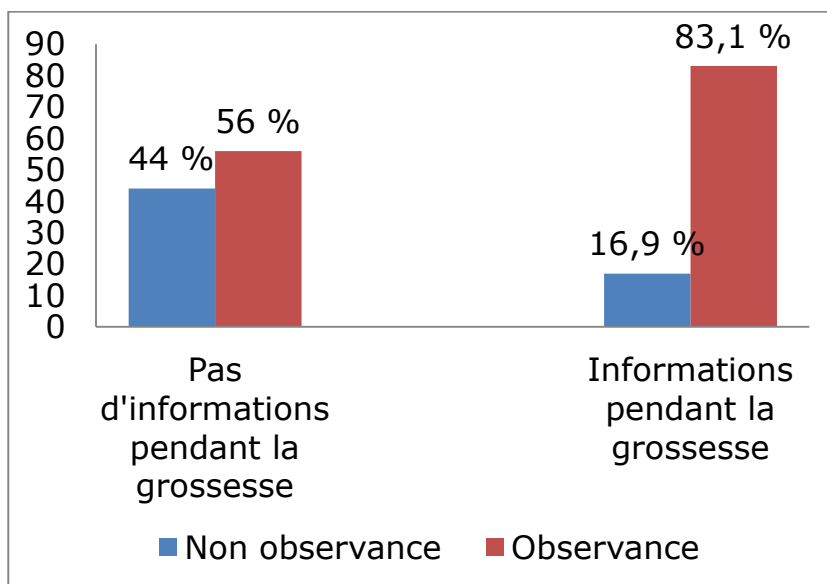
Nous avons choisi de considérer les informations reçues pendant la grossesse et les informations reçues après l'accouchement.

On ne considère pas l'apport d'informations uniquement pendant la grossesse ou uniquement après l'après l'accouchement comme au dessus. On considère, parmi les informations données de façon générale, s'il y en a eu de donner au moins une fois pendant la grossesse d'une part et au moins une fois en post-partum d'autre part.

64% des patientes ayant eu des informations, en ont reçues au moins une fois pendant leur grossesse.

79,9 % des patientes ayant eu des informations, en ont reçues au moins une fois après leur accouchement.

Observance et non observance des prescriptions selon l'apport ou non d'au moins une information pendant la grossesse parmi toutes celles données



$p=0,0005$

n patientes "informations reçues pendant grossesse" = 89

n patientes "pas d'informations reçues pendant grossesse" = 50

16,9 % des accouchées n'observent pas les prescriptions lorsque des informations ont été dispensées pendant la grossesse (contre 83,1 % qui observent).

44 % n'observent pas les prescriptions lorsque qu'il n'y a pas eu d'informations dispensées pendant la grossesse (contre 56 % qui observent).

28,8 % des accouchées n'observent pas les prescriptions lorsque l'information a été dispensée après l'accouchement (contre 71,2 % qui observent).

17,9 % des accouchées n'observent pas la prescription lorsqu'elles n'ont pas reçu d'informations après l'accouchement.

16,7 % des patientes n'observent pas les prescriptions lorsqu'elles ont reçu des informations pendant la grossesse et au moins une fois après l'accouchement (soit 77,3 % des patientes qui observent).

3.2 La source des informations dispensées

Une seule personne, sur les 139 ayant reçu des informations, a répondu que l'information provenait de son entourage ou de ses recherches personnelles.

De ce fait, nous n'avons considéré que :

- les accouchées ayant reçu des informations de la part d'un professionnel de santé (médecin et/ou sage-femme), soit 35,3 % des accouchées ayant reçu des informations : 32,7 % n'observent pas les prescriptions (soit 63,3 % qui observent) ;
- celles ayant reçu des informations venant à la fois de leur entourage (et/ou de ses recherches) ainsi que des professionnels de santé, soit 64 % des accouchées : 23,6 % n'observent pas les prescriptions (soit 76,4 % qui observent).

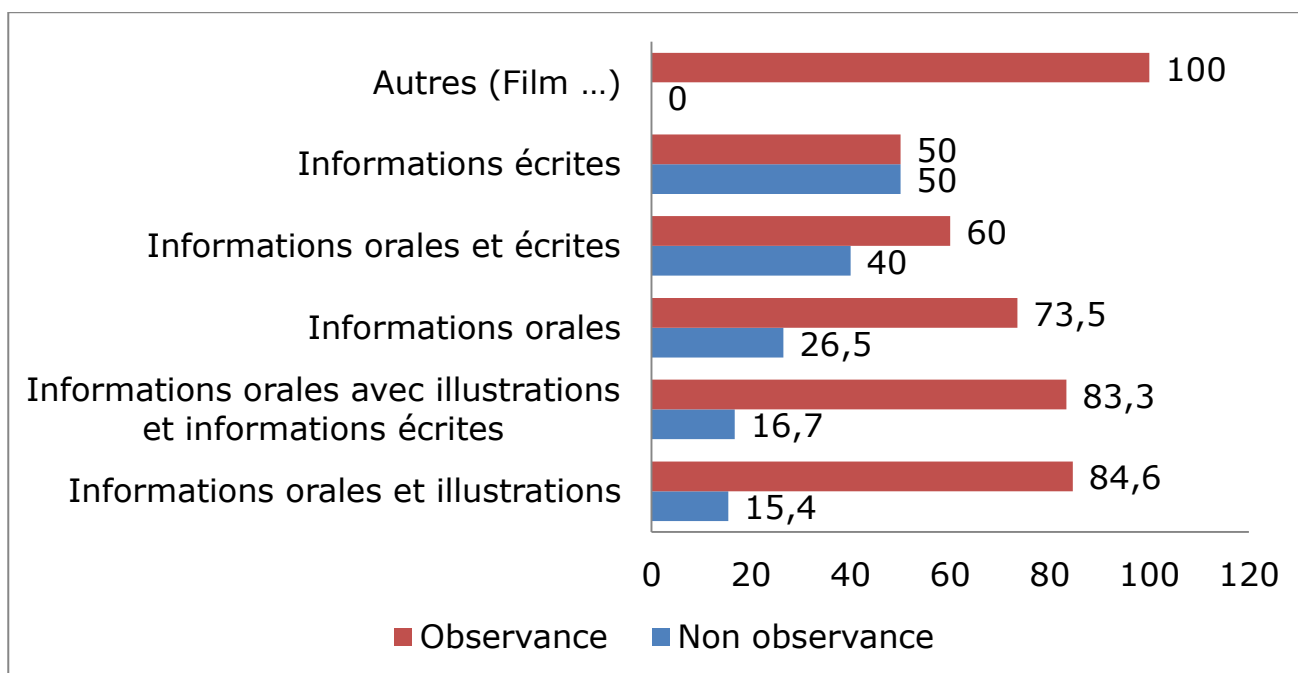
3.3 La forme des informations dispensées

Les formes d'informations les plus fréquemment retrouvées sont :

- les informations orales seules (73,4 %) ;
- les informations orales accompagnées d'informations écrites (10,8 %);
- les informations orales accompagnées d'illustrations (9,35 %).

Les autres formes (informations orales et écrites avec illustrations, informations écrites seules, autres formes) ont des pourcentages très faibles (respectivement 4,3 % ; 1,4 % et 0,7 %).

Observance ou non observance des prescriptions selon la forme de l'information dispensée



3.4 Amélioration des connaissances par l'apport d'informations

49,6 % des patientes considèrent que leurs connaissances sur la rééducation du périnée n'ont pas été améliorées par l'apport d'informations (50,4 % pensent le contraire).

29 % des patientes n'observent pas les prescriptions lorsqu'il n'y a pas eu d'amélioration des connaissances contre 24,3 % lorsque les connaissances ont été améliorées.

3.5 Satisfaction de la relation thérapeutique

Une seule patiente, sur les 138 ayant reçu des informations de la part d'un professionnel, dit ne pas avoir été satisfaite de la relation thérapeutique avec ce professionnel.

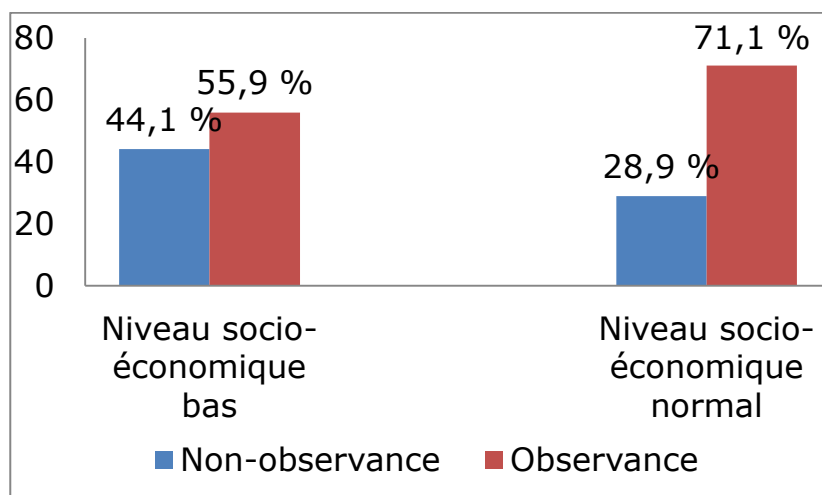
De ce fait, cette variable ne sera pas exploitée dans la suite de l'étude.

4. FREINS A LA PRATIQUE DE LA REEDUCATION PERINEALE

4.1 Niveau socio-économique

Nous considérons le niveau socio-économique comme bas lorsqu'aucune personne ne travaille ou lorsqu'une seule personne exerce un emploi précaire (c'est-à-dire salaire mensuel inférieur à 1500€ pour les familles monoparentales et inférieur à 3000€ pour les couples avec enfant selon l'INSEE [34]).

Observance et non observance des prescriptions selon le niveau socio-économique



$p=0,0791$

n patientes "niveau socio-économique bas" = 34

n patientes "niveau socio-économique normal" = 180

Le niveau socio-économique est normal chez la majorité des accouchées (84,1 %): parmi ces accouchées, on compte 28,9 % de non observance des prescriptions.

15,9 % des accouchées présentent un niveau socio-économique bas : parmi elles, 44,1 % n'observent pas les prescriptions.

4.2 Possibilité de locomotion

Sur la totalité de l'échantillon (soit 214 patientes), seulement deux patientes n'ont pas de moyen de locomotion.

De ce fait, cette variable ne sera pas exploitée.

4.3 Reprise du travail

83,7 % des accouchées de la population globale n'ont pas repris le travail au moment des appels téléphoniques (c'est-à-dire dix semaines après l'accouchement), soit 16,3 % qui ont repris le travail.

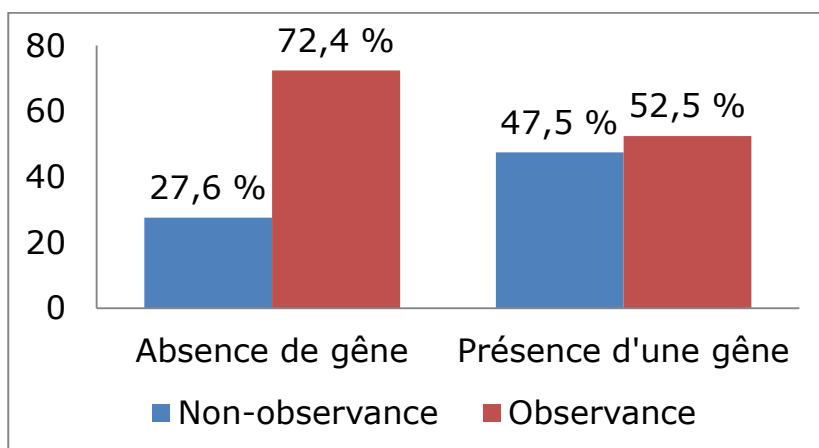
Parmi les patientes qui n'ont pas repris le travail, 29,6 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites.

Parmi les patientes qui ont repris le travail, 22,6 % n'observent pas les prescriptions (soit 77,4 % qui observent).

4.4 Existence d'une gêne liée aux techniques de traitement

4.4.1 La population globale

Observance et non observance des prescriptions selon la présence ou non d'une gêne liée aux techniques de traitement



$p = 0,0143$

n patientes "absence de gêne" = 174

n patientes "présence d'une gêne" = 40

La majorité des accouchées (soit 81,3 %) ne se sentent pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors des séances de rééducation périnéale : parmi elles, 27,6 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale (soit 72,4 % qui observent).

18,7 % des accouchées se sentent gênées par les techniques de traitement : parmi elles, 47,5 % n'observent pas les prescriptions (soit 52,5 % qui observent).

4.4.2 Selon la parité

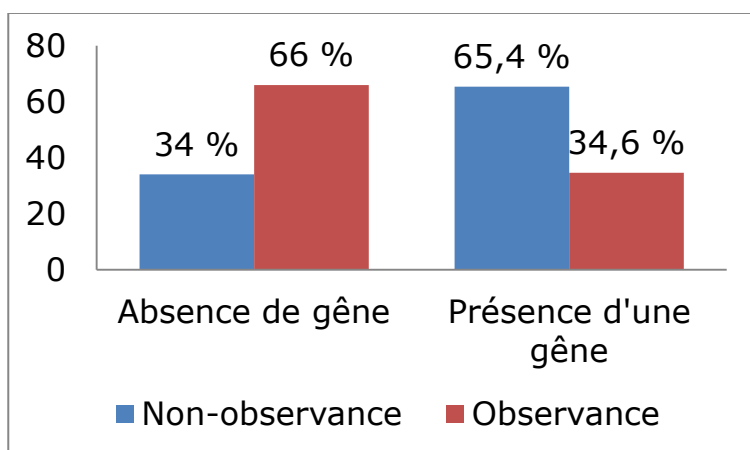
4.4.2.1 Les primipares

Chez les primipares :

- 85,1 % ne se sentent pas gênées par les techniques de traitement utilisées : parmi elles, 20 % n'observent pas les prescriptions ;
- 14,9 % se sentent gênées par les techniques de traitement : parmi elles, 14,3 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.2.2 Les multipares

Observance et non observance des prescriptions par les multipares selon la présence ou non d'une gêne liée aux techniques de traitement



$p = 0,0040$

n patientes "absence de gêne" = 94

n patientes "présence de gêne" = 26

Chez les multipares :

- 78,3 % ne ressentent pas de gêne vis à vis des techniques de traitement utilisées lors des séances de rééducation : parmi elles, 34 % n'observent pas les prescriptions (soit 66 % qui observent) ;
- 21,7 % se sentent gênées par les techniques de traitement : parmi elles, 65,4 % n'observent pas les prescriptions (soit 34,6 % qui observent).

4.4.3 Selon la classe d'âge

4.4.3.1 Les 18-25 ans

88,5 % des ces accouchées, soit 23 patientes, ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation du périnée

11,5 % de ces accouchées, soit 3 patientes seulement, sont gênées par les techniques de traitement.

Le petit nombre de patientes dans chaque groupe fait que l'on ne pourra utiliser ces données pour l'analyse ultérieure.

4.4.3.2 Les 26-35 ans

83,8 % de ces accouchées ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation du périnée : parmi elles, 22,7 % n'observent pas les prescriptions.

16,2 % de ces accouchées sont gênées par ces techniques de traitement : parmi elles, 39,1 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.3.3 Les 36-45 ans

69,6 % de ces accouchées ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation du périnée : parmi elles, 31,3 % n'observent pas les prescriptions.

30,4 % de ces accouchées sont gênées par ces techniques : parmi elles, 64,3 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.4 Selon la connaissance d'une sage-femme libérale

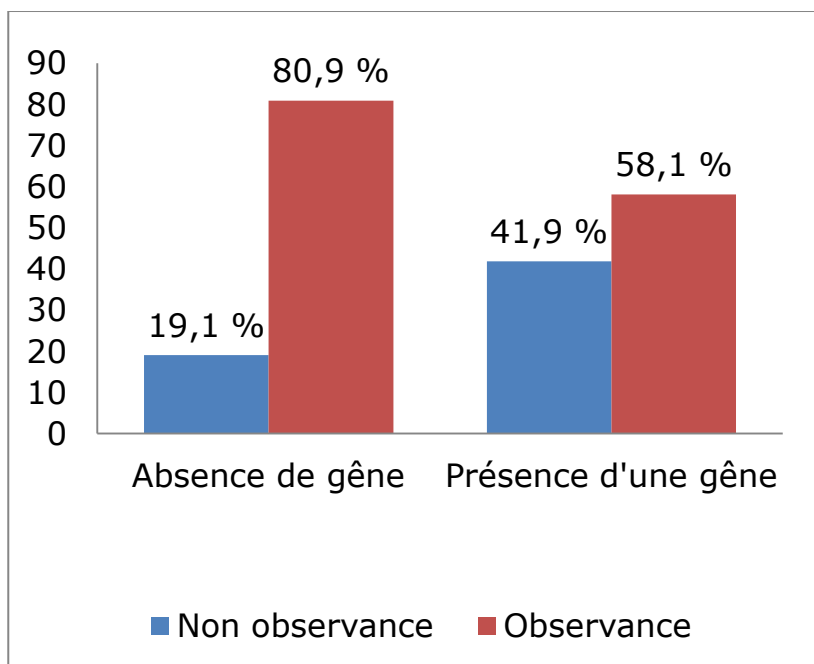
4.4.4.1 Accouchées ne connaissant pas de sage-femme libérale

80,9 % des patientes ne se sentent pas gênées par les techniques de traitement utilisées : parmi elles, 57,9 % n'observent pas les prescriptions.

19,1 % se sentent gênées par les techniques de traitement : parmi elles, 66,7 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.4.2 Accouchées connaissant une sage-femme libérale

Observance et non observance des prescriptions selon la présence ou non d'une gêne liée aux techniques de traitement chez les patientes connaissant une sage-femme libérale



$p = 0,0067$

n patientes "absence de gêne" = 136

n patientes "présence de gêne" = 31

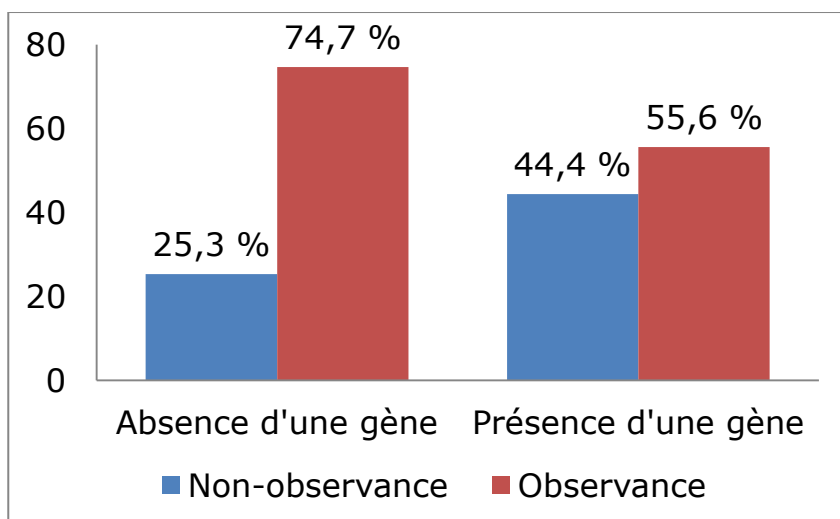
81,4 % des patientes ne sont pas gênées par les techniques utilisées lors des séances de rééducation périnéale : parmi elles, 19,1 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale (soit 80,9 % qui observent).

18,6 % se sentent gênées par les techniques de traitement : parmi elles, 41,9 % n'observent pas les prescriptions (soit 58,1 % qui observent).

4.4.5 Selon la connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

4.4.5.1 Accouchées connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

Observance et non observance des prescriptions selon la présence ou non d'une gêne liée aux techniques de traitement chez les patientes connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum



$p = 0,0218$

n patientes "absence de gêne" = 162

n patientes "présence de gêne" = 36

81,8 % ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation du périnée : parmi elles, 25,3 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale (soit 74,7 % qui observent).

18,2 % sont gênées par les techniques de traitement : 44,4 % n'observent pas les prescriptions (soit 55,6 % qui observent).

4.4.5.2 Accouchées ne connaissant pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

Ces accouchées sont 75 % (= 12 patientes) à ne pas être gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation du périnée.

25 %, soit 4 patientes, sont gênées par les techniques de traitement.

Le petit nombre de patientes dans chaque groupe fait que l'on ne pourra utiliser ces données pour l'analyse ultérieure.

4.4.6 Selon l'état du périnée

4.4.6.1 Episiotomie

Parmi les accouchées ayant une épisiotomie :

- 83,3 % ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation périnéale : parmi elles, 10,9 % n'observent pas les prescriptions ;
- 16,7 % sont gênées par ces techniques : parmi elles, 36,4 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.6.2 Déchirure périnéale du premier ou du second degré

Parmi les accouchées ayant une déchirure périnéale :

- 81,1 % ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation périnéale : parmi elles, 30 % n'observent pas les prescriptions ;
- 18,9 % sont gênées par ces techniques : parmi elles, 28,6 % n'observent pas les prescriptions.

4.4.6.3 Périnée intact

Parmi les accouchées ayant un périnée intact après l'accouchement :

- 76,7 % ne sont pas gênées par les techniques de traitement utilisées lors de la rééducation périnéale : parmi elles, 47,8 % n'observent pas les prescriptions.
- 23,3 % sont gênées par ces techniques : parmi elles, 71,4 % n'observent pas les prescriptions.

4.5 Expériences antérieures de rééducation périnéale

27,5 % des multipares n'ont pas fait de rééducation périnéale lors de grossesse(s) précédente(s) (soit 72,5 % qui en ont fait).

45,5 % des multipares n'ayant jamais fait de rééducation périnéale n'observent pas les prescriptions pour cette grossesse.

39,1 % des multipares ayant une expérience antérieure de rééducation périnéale n'observent pas les prescriptions.

18,4 % des multipares ayant une expérience antérieure de rééducation périnéale ont mal vécu ces séances (soit 81,6 % qui l'ont bien vécu).

50 % des multipares ayant mal vécu les séances de rééducation antérieures n'observent pas les prescriptions pour cette grossesse (soit 50 % qui observent), tandis que 36,6 % des multipares les ayant bien vécues n'observent pas les prescriptions (soit 63,4 % qui les observent).

Les raisons avancées du mauvais vécu de cette expérience antérieure sont :

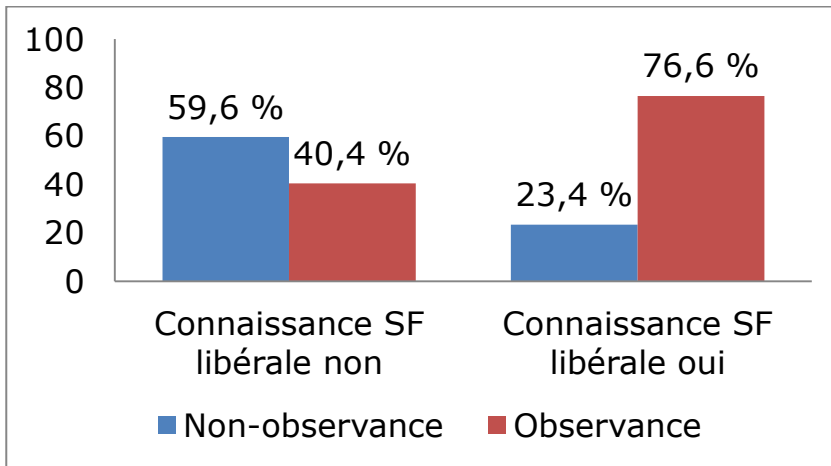
- le manque d'efficacité dans 40 % des cas ;
- le manque d'accompagnement dans 40 % des cas ;
- une gêne par rapport à l'utilisation de la sonde dans 10 % des cas ;
- une sensation désagréable lors de l'utilisation de la sonde et la longueur des séances dans 5 % des cas.

5. ÉLÉMENTS INFLUENÇANT L'OBSERVANCE DES PRESCRIPTIONS DE REEDUCATION PERINEALE

5.1 Connaissance d'une sage-femme libérale

5.1.1 Population globale

Observance et non observance des prescriptions selon leur connaissance ou non d'une sage-femme libérale



$p < 0,0001$

n patientes
"connaissance SF
libérale oui" = 167

n patientes
"connaissance SF
libérale non" = 47

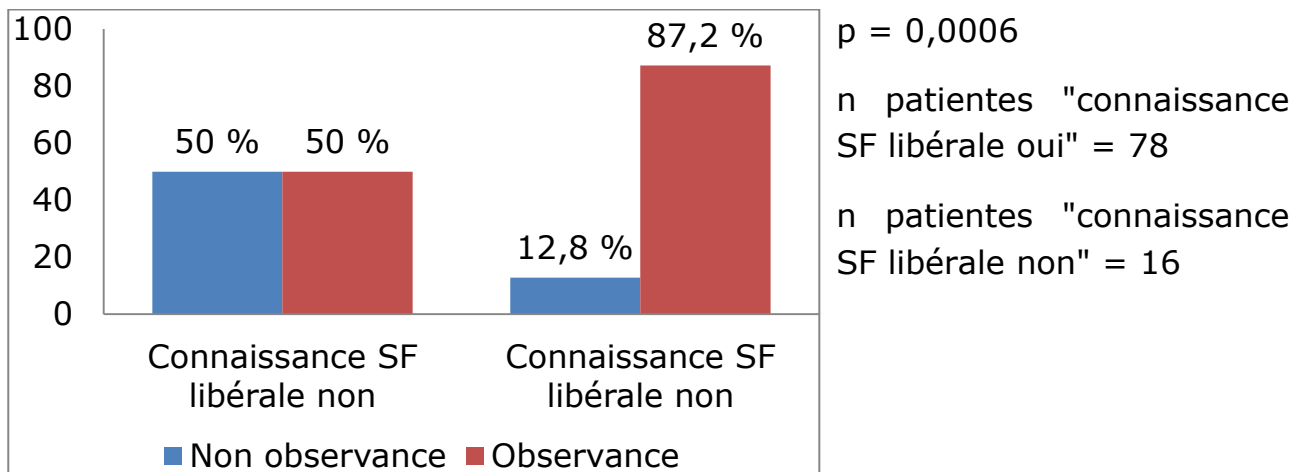
78 % des accouchées disent connaître une sage-femme libérale à qui se référer : parmi elles, 23,4 % n'observent pas les prescriptions qui leur sont faites.

22 % des accouchées disent ne pas connaître de sage-femme libérale : parmi elles, 59,6 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale.

5.1.2 Selon la parité

5.1.2.1 Les primipares

Observance et non observance des prescriptions par les primipares selon leur connaissance ou non d'une sage-femme libérale

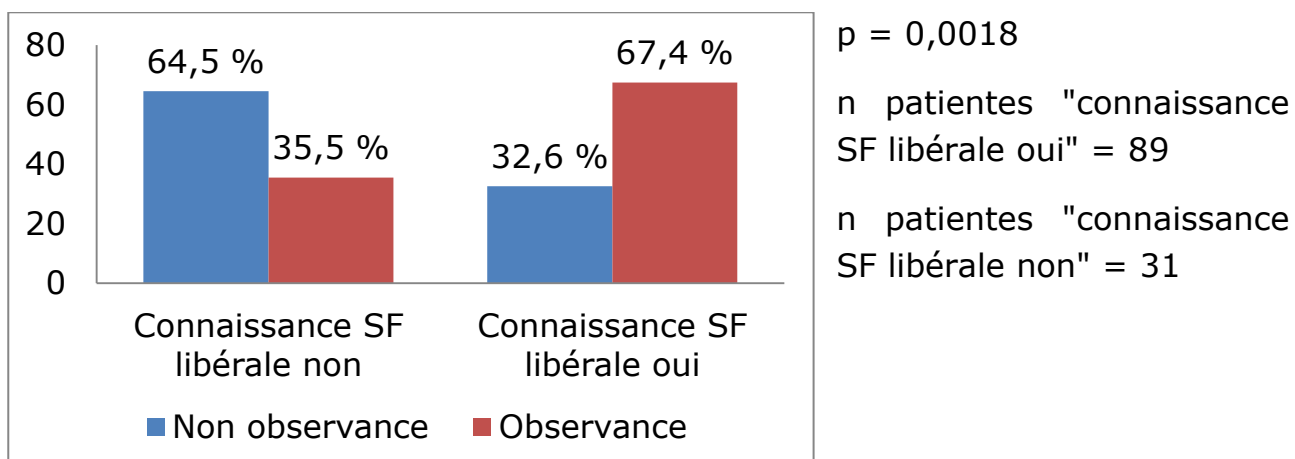


Chez les primipares :

- 83 % connaissent une sage-femme libérale à qui se référer : parmi elles, 12,8 % n'observent pas les prescriptions ;
- 17 % ne connaissent pas de sage-femme libérale : parmi elles, 50 % n'observent pas les prescriptions.

5.1.2.2 Les multipares

Observance et non observance des prescriptions par les multipares selon leur connaissance ou non d'une sage-femme libérale



Chez les multipares :

- 74,2 % connaissent une sage-femme libérale : parmi elles, 32,6 % n'observent pas les prescriptions ;
- 25,8 % ne connaissent pas de sage-femme libérale : parmi elles, 64,5 % n'observent pas les prescriptions.

5.1.3 Selon le niveau socio-économique

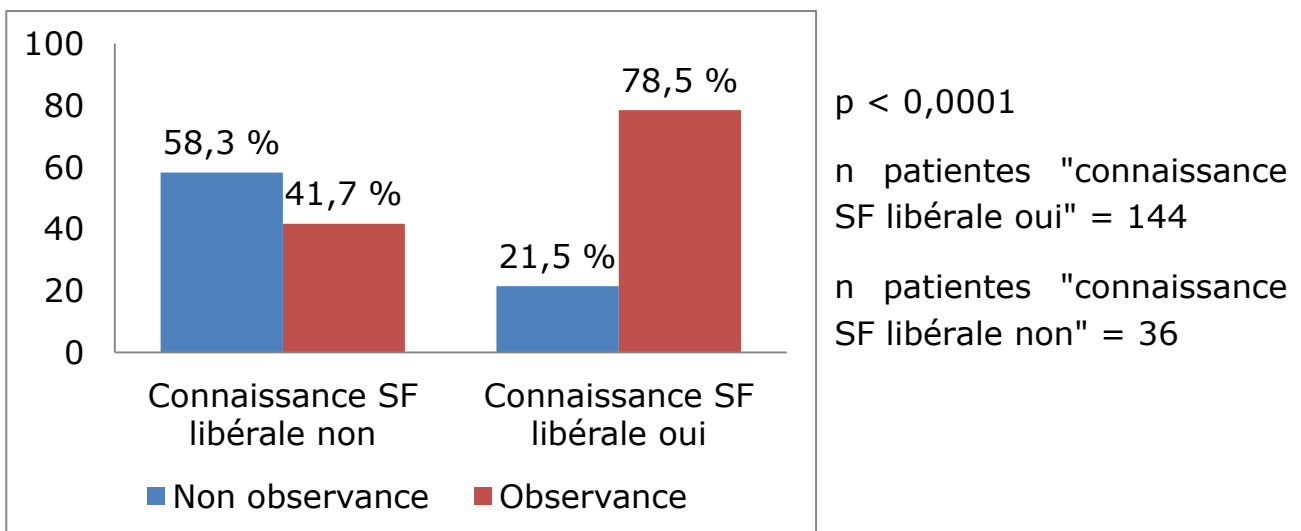
5.1.3.1 Niveau socio-économique bas

Parmi les accouchées ayant un niveau socio-économique bas :

- 67,6 % connaissent une sage-femme libérale : parmi elles, 34,8 % n'observent pas les prescriptions ;
- 32,4 % ne connaissent pas de sage-femme libérale : parmi elles, 63,6 % n'observent pas les prescriptions.

5.1.3.2 Niveau socio-économique normal

Observance et non observance des prescriptions par les accouchées ayant un niveau socio-économique normal selon leur connaissance ou non d'une sage-femme libérale



Parmi les accouchées ayant un niveau socio-économique normal :

- 80 % connaissent une sage-femme libérale : parmi elles, 21,5 % n'observent pas les prescriptions ;

- 20 % ne connaissent pas de sage-femme libérale : parmi elles, 58,3 % n'observent pas les prescriptions.

5.2 Mode d'accouchement

5.2.1 Population globale

La majorité des patientes de l'échantillon ont accouché par la voie basse (79,4 %) : parmi elles, 28,2 % n'observent pas les prescriptions.

20,6 % des patientes ont accouché par césarienne : parmi elles, 43,2 % n'observant pas les prescriptions.

5.2.2 Selon la parité

5.2.2.1 Les primipares

Chez les primipares :

- la majorité ont accouché par la voie basse (81,9 %) : parmi elles, 18,2 % n'observent pas les prescriptions ;
- 18,1 % ont accouché par césarienne : 23,5 % n'observent pas les prescriptions.

5.2.2.2 Les multipares

Chez les multipares :

- la majorité ont accouché par la voie basse (77,5 %) : parmi elles, 36,6 % n'observent pas les prescriptions ;
- 22,5 % ont accouché par césarienne : parmi elles, 55,6 % n'observent pas les prescriptions.

5.2.3 Selon l'existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat

Les patientes ayant accouché par voie basse ont plus de troubles périnéaux que celles ayant accouché par césarienne (35,9 % contre 13,6 %).

De plus, la proportion de patientes n'ayant pas de troubles périnéaux en post-partum immédiat est plus importante que celles qui en ont, et ce aussi bien dans le groupe "césarienne" (86,4 %) que dans le groupe "accouchement voie basse" (64,1 %).

33,3 % des patientes qui ont eu des troubles périnéaux en post-partum immédiat et qui ont accouché par césarienne n'observent pas les prescriptions qui leur sont faites. Les patientes qui ont accouché par voie basse sont 26,2 % à ne pas observer ces mêmes prescriptions.

44,7 % des patientes n'ayant pas eu de troubles périnéaux en post-partum immédiat et qui ont accouché par césarienne n'observent pas les prescriptions qui leur sont faites. Les patientes qui ont accouché par voie basse sont 29,4 % à ne pas observer ces mêmes prescriptions.

5.3 Type d'accouchement voie basse

5.3.1 Population globale

Parmi les accouchements voie basse :

- 21,8 % d'accouchements instrumentaux : parmi celles-ci, 16,2 % de non observance des prescriptions ;
- 78,2 % d'accouchements non instrumentaux : parmi celles-ci, 31 % de non observance des prescriptions.

5.3.2 Selon la parité

5.3.2.1 Les primipares

Chez les primipares ayant accouché par voie basse :

- 37,7 % d'accouchements instrumentaux : parmi celles-ci, 17 % de non observance des prescriptions ;
- 62,3 % d'accouchements non instrumentaux : parmi celles-ci, 18,8 % de non observance des prescriptions.

5.3.2.2 Les multipares

Chez les multipares ayant accouché par la voie basse :

- 8,6 % d'accouchements instrumentaux : parmi celles-ci, 13 % de non observance des prescriptions ;
- 91,4 % d'accouchements non instrumentaux : parmi celles-ci, 38,8 % de non observance des prescriptions.

5.3.3 Selon l'existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat

Chez les accouchées voie basse ayant eu des troubles périnéaux en post-partum immédiat :

- 27,9 % d'accouchements instrumentaux : parmi celles-ci, 6 % de non observance des prescriptions ;
- 72,1 % d'accouchements non instrumentaux : parmi celles-ci, 34,1 % de non observance des prescriptions.

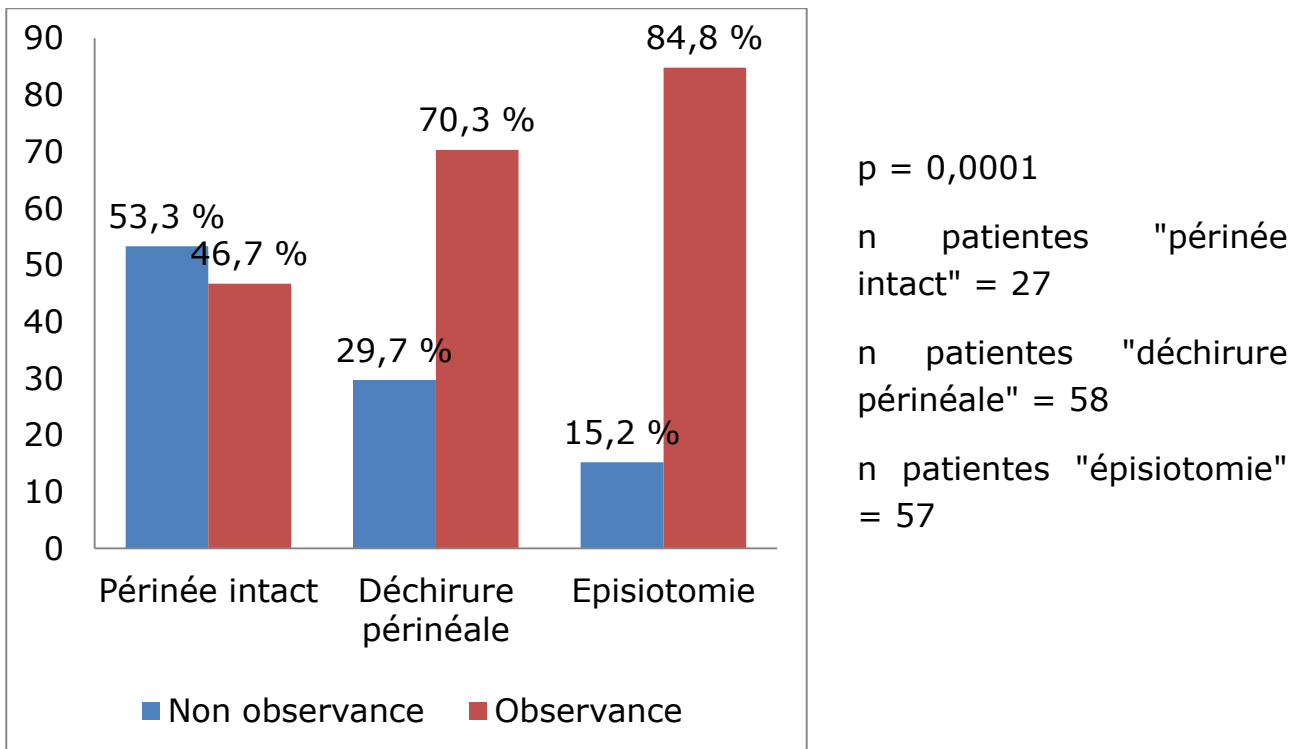
Chez les accouchées voie basse n'ayant pas eu de troubles périnéaux en post-partum immédiat :

- 18,3 % d'accouchements instrumentaux : parmi celles-ci, 25 % de non observance des prescriptions ;
- 81,7 % d'accouchement non instrumentaux : parmi celles-ci, 30,3 % de non observance des prescriptions.

5.4 Etat du périnée après un accouchement par voie basse

5.4.1 Population globale des accouchées par voie basse

Observance et non observance des prescriptions selon l'état du périnée à l'issue de l'accouchement



Les accouchées présentant un périnée intact représentent 17,6 % des patientes : parmi elles, 53,3 % n'observent pas les prescriptions.

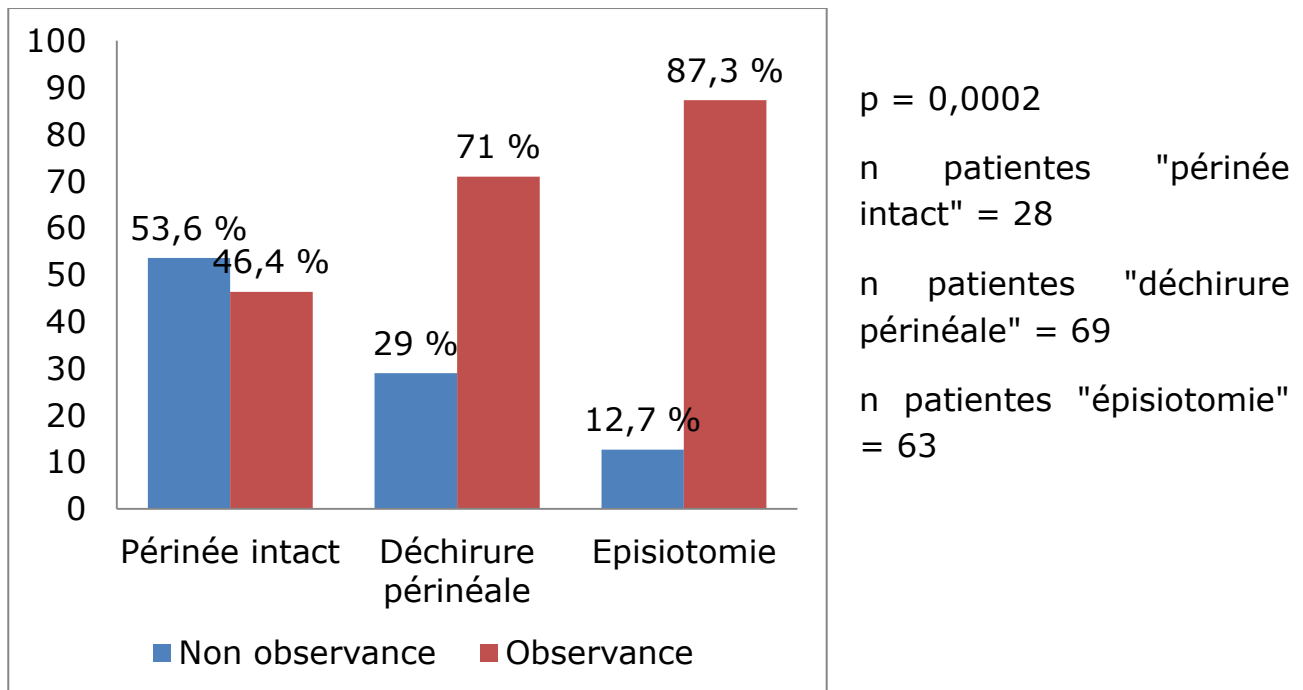
Celles ayant eu une épisiotomie représentent 38,8 % des accouchées par voie basse : parmi elles, 15,2 % n'observent pas les prescriptions.

43,5 % des accouchées ont eu une déchirure périnéale (du premier ou du second degré): parmi elles, 29,7 % n'observent pas les prescriptions.

5.4.2 Selon la connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

5.4.2.1 Accouchées connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

Observance et non observance des prescriptions selon l'état du périnée à l'issue de l'accouchement chez les patientes connaissant la nécessité de cette rééducation



Parmi les accouchées connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum :

- 17,5 % présentent un périnée intact : 53,6 % de celles-ci n'observent pas les prescriptions ;
- 39,4 % présentent une épisiotomie : 12,7 % de celles-ci n'observent pas les prescriptions ;
- 43,1 % ont une déchirure périnéale du premier ou du second degré : 29 % de celles-ci n'observent pas les prescriptions.

5.4.2.2 Accouchées ne connaissant pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum

Parmi les accouchées ne connaissant pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum :

- 2 patientes présentent un périnée intact ;
- 3 présentent une épisiotomie : ;
- 5 ont une déchirure périnéale du premier ou du second degré.

Le petit nombre de patientes dans chaque groupe fait que l'on ne pourra utiliser ces données pour l'analyse ultérieure.

5.5 Existence de troubles périnéaux en post-partum

5.5.1 Existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat

31,3 % des patientes de l'échantillon global avaient des troubles périnéaux en post-partum immédiat (soit 68,7 % qui n'en avaient pas).

33,3 % des patientes n'ayant pas eu de troubles périnéaux en post-partum immédiat n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale tandis que 26,7 % des patientes ayant eu des troubles périnéaux n'observent pas ces prescriptions.

5.5.2 Persistance des troubles périnéaux à distance de l'accouchement

Lors de la visite post-natale, 47,8 % des patientes avaient toujours des troubles périnéaux. Ils avaient disparu pour 52,2% des accouchées.

Parmi les patientes dont les troubles périnéaux avaient persisté, 21,9 % n'observent pas les prescriptions de rééducation périnéale.

Celles, dont les troubles périnéaux n'avaient pas persisté, sont 31,4 % à ne pas observer les prescriptions.

5.5.3 Survenue des troubles périnéaux à distance de l'accouchement

Deux patientes seulement (sur les 147 qui n'avaient pas de troubles périnéaux en post-partum immédiat) ont vu apparaître des troubles périnéaux à distance de l'accouchement.

De ce fait, ces données ne peuvent être utilisées pour la suite de l'analyse.

DISCUSSION

1. POINTS FORTS DE L'ETUDE

Malgré la différence importante entre le nombre de sujets nécessaire calculé (423 patientes) et le nombre de patientes qui ont réellement répondu aux questions (214), des différences statistiques ont pu être mises en évidence. Ainsi, cela signifie que ces différences sont très significatives.

De plus, cette recherche s'intéresse à la connaissance de la population des non observantes concernant les prescriptions de rééducation du périnée en post-partum, ce qui n'a jamais été fait jusqu'à présent.

2. LES LIMITES DE L'ETUDE

2.1.1 Les biais

2.1.1.1 Biais de sélection

Malgré la distribution du feuillet les informant de mon appel, il a été difficile de joindre les patientes (notamment en raison des vacances d'été). Certaines ont été appelées dix fois pour réussir à avoir leur participation. J'ai laissé de multiples messages avec mes coordonnées, je les ai appelées à des moments différents de la journée ou de la semaine (mercredi, week end). Malgré tout ces efforts, seulement 268 patientes ont répondu à mes appels sur les 477 recrutées lors de leur séjour à la maternité. Ainsi, le nombre de sujets nécessaire calculé au départ (423 patientes) n'est pas atteint. L'étude manque de puissance. Certaines tendances se dégagent mais ne peuvent être prouvées réellement de ce fait.

Le recrutement n'a pas été exhaustif. En effet, malgré ma demande, les feuillets n'ont pu être distribués en dehors des périodes de disponibilité de l'hôtesse (vacances et week end). De plus, certaines patientes ont refusé de participer lors de la distribution des feuillets d'information à la maternité.

De plus, les patientes recrutées sont toutes issues d'une maternité de niveau III. Elles correspondent ainsi à un profil de patientes particulier avec plus de pathologies maternelles et néonatales qui peuvent imposer des contraintes en

post-natal (comme l'hospitalisation de l'enfant par exemple). La réalisation de la rééducation périnéale peut alors être retardée. Ces données n'ont pas été prises en compte dans cette étude et peuvent induire un biais. Il aurait été intéressant de contacter les patientes dans un délai plus long permettant de s'assurer de leur observance (ce qui n'a pu se faire du fait du délai alloué à la réalisation de l'étude).

2.1.1.2 Biais de mémorisation

Les questions ont été posées aux patientes dix semaines après leur accouchement. Certaines questions portaient sur l'apport ou non d'informations pendant leur grossesse et sur le type d'informations données. Du fait du temps écoulé entre les deux, il existe un biais de mémorisation certain impossible à réduire et à évaluer. Cependant, dans l'ensemble, la majorité des patientes n'a pas eu besoin de réfléchir longuement pour répondre à la question et toutes ont pu répondre à ces questions.

2.1.2 Les améliorations à apporter

Malgré la réalisation du pré-test et la relecture du questionnaire à plusieurs reprises par plusieurs personnes, d'autres questions auraient pu être posées pour améliorer la précision et l'exploitation de certaines données.

En effet, concernant la question relative à la possibilité d'un mode de garde des enfants, nous ne posons cette question, au début de l'étude, qu'aux multipares parce que nous pensions que les professionnels pratiquant les séances acceptaient la présence du nouveau-né lors de celles-ci. Or, après la réalisation d'une cinquantaine de questionnaires, les patientes ont fréquemment formulé que l'enfant ne pouvait être présent. A la suite de cette nouvelle information, cette question fut posée à toutes les patientes. Cependant, les primipares du début de l'échantillon n'ont pas été interrogées. Nous voulions savoir si l'absence de possibilité de garde constituait un frein à l'observance des prescriptions. De ce fait, cette variable n'a pu être exploitée.

Par ailleurs, par rapport à l'information reçue, il aurait été intéressant de connaître la satisfaction des patientes concernant les informations reçues, et notamment leur forme. De même, nous avons vu qu'il existe une différence statistique entre l'observance ou non selon la connaissance d'une sage-femme libérale. Il aurait été judicieux de savoir dans quelles circonstances elles ont connu cette sage-femme. En effet, par exemple, si c'était dans le contexte de

la préparation à la naissance, elles viennent chercher de l'information ce qui expliquerait qu'elles y soient plus réceptives et donc qu'elles observent plus.

Chez les multipares (troisième parité ou plus) qui ont eu des expériences antérieures de rééducation périnéale, nous aurions dû demander si elles avaient fait les séances qui leur avaient été prescrites à chaque fois ou non.

Dans ce questionnaire, il était demandé aux patientes si elles pensaient que la rééducation périnéale avait un intérêt en post-partum. Nous avons jugé de la connaissance de la patiente concernant la nécessité de cette rééducation en nous basant sur la réponse à cette question. Nous nous sommes basées sur le point de vue des patientes. Il s'agit là de données subjectives. Cependant, avec un peu de recul, il aurait été plus judicieux de faire une évaluation objective des connaissances des patientes sur la rééducation du périnée et ainsi de vérifier ce qu'elles ont compris de cette nécessité.

3. ANALYSE DES RESULTATS

3.1 Hypothèse principale

Nous avons choisi de traiter l'intégration de l'intérêt de la rééducation du périnée en post-partum car les informations données doivent apporter à la patiente les connaissances lui permettant de prendre conscience qu'elle a besoin de ces séances. Le but final est de la conduire à observer de façon correcte les prescriptions.

A la suite des informations reçues, la majorité des accouchées, soit 51 %, n'ont pas intégré l'importance de la rééducation périnéale dans le post-partum.
--

27,3 % des patientes n'ont pas intégré la nécessité de la rééducation périnéale à la suite des informations reçues (contre 46,7 % qui n'ont pas intégré cette nécessité lorsqu'elles n'ont pas reçu d'informations). L'hypothèse principale n'est donc pas vérifiée.

Cependant, une différence statistique existe entre l'intégration ou non de la nécessité de cette rééducation selon l'apport d'informations ($p=0,0044$) : l'apport d'informations est donc un vecteur d'intégration de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum.

Parmi les accouchées ayant reçu des informations, la majorité connaissent la nécessité de la rééducation en post-partum (96,4 % soit 3,6 % qui ne la connaissent pas). 14,7 % des patientes n'ayant pas reçu d'informations ne connaissent pas cette nécessité.

Il existe une différence statistique entre la connaissance ou non de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum selon l'apport d'informations sur cette rééducation ($p=0,0033$).

Nous constatons également, chez les accouchées ayant reçu des informations, une différence statistique entre l'observance ou non des séances de rééducation périnéale selon leur connaissance ou non de la nécessité de cette rééducation en post-partum ($p=0,0178$) : nous retrouvons tout de même 26,4 % de non observance des prescriptions chez les patientes connaissant cette nécessité, c'est-à-dire qu'elles disent savoir que c'est important mais ne le font pas. Ce chiffre est difficilement explicable.

De même, il est étonnant de voir que certaines patientes, bien que pensant la rééducation périnéale sans intérêt en post-partum, la réalisent. Celles-ci ont un risque élevé de ne pas continuer les séances. Les possibilités temporelles allouées à cette étude ne permettent pas de vérifier l'observance de façon globale, c'est-à-dire s'assurer que les séances ont été réalisées entièrement.

Par ailleurs, il existe une différence statistique entre l'intégration ou non de l'importance de la rééducation périnéale en post-partum selon la classe d'âge ($p=0,0106$). Il est intéressant de voir que les 36-45 ans, bien qu'étant nombreuses à ne pas avoir intégré la nécessité de la rééducation périnéale (43,5 %), sont seulement 6,5 % à ne pas en connaître la nécessité.

Ce chiffre est comparable aux 4,2 % de patientes qui ne connaissent pas cette nécessité chez les [26-35] ans. Ces patientes sont celles qui ont le mieux intégré cette nécessité (en effet, 72,6 % l'ont intégrée).

Ainsi, cela veut dire que les patientes les plus âgées connaissent la nécessité mais n'observent pas les prescriptions de cette rééducation. De ce fait, elles n'ont pas intégré sa nécessité. Cependant, on a vu au-dessus que l'observance

des prescriptions dépendait de la connaissance de cette nécessité. Ceci est donc moins vrai pour les plus âgées et la non observance de ces patientes s'expliquent par d'autres facteurs.

De plus, les 18-25 ans intègrent moins la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum (53,8 % qui ne l'ont pas intégré). Nous remarquons qu'elles sont également plus nombreuses à ne pas avoir compris la nécessité de ces séances en post-partum (26,9 % qui n'ont pas compris l'intérêt contre 4,2 % chez les 26-35 ans et 6,5 % chez les 36-45 ans). Chez les patientes les plus jeunes, il est très vrai de penser que l'observance des prescriptions dépend de la connaissance de la nécessité de ces séances de rééducation en post-partum.

Il n'est ni pertinent ni intéressant de poursuivre l'analyse de la non intégration de la nécessité de la rééducation du périnée en post-partum dans cette étude. En effet, si on veut comprendre la non intégration de façon globale, il faudrait avoir une idée exacte de la mauvaise observance et non pas que de la non observance seule. Or, du fait du temps alloué pour la réalisation de cette étude, la non observance à un instant T est la seule variable analysable (nous ne pouvons prendre en compte celles qui arrêtent en cours). De plus, la connaissance de la nécessité de ces séances n'a pas été recherchée de façon précise du fait de la longueur du questionnaire que cela aurait demandé. De ce fait, l'analyse de la connaissance de la nécessité ne peut se faire que superficiellement. Nous avons donc préféré nous concentrer sur le but ultime qui est le respect des prescriptions (donc l'observance). La suite de l'analyse des résultats porte ainsi sur l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum.

3.2 Hypothèses secondaires

La population des accouchées non observantes ont une moyenne d'âge de 31,9 +/- 5,6 ans (médiane à 32 ans). La moyenne d'âge des observantes est de 31,3 +/- 4,5 ans (médiane à 31 ans). Ces deux groupes sont homogènes pour l'âge. Ainsi, ces deux groupes sont comparables.

3.2.1 Caractéristiques générales des non observantes

Les patientes n'observant pas les prescriptions des séances de rééducation périnéale du post-partum ont des caractéristiques communes.

La classe d'âge

Une différence statistique a pu être mise en évidence entre l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum selon la classe d'âge des patientes ($p=0,0281$).

Ainsi, nous remarquons que les patientes se situant au niveau des âges extrêmes sont celles qui ont des pourcentages de non observance les plus élevés (46,2 % pour les 18-25 ans et 41,3 % pour les 36-45 ans contre 25,4 % pour la classe d'âge intermédiaire).

La parité

De même, on note une différence statistiquement significative entre l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale selon la parité ($p=0,0007$) : les multipares sont les moins observantes (40,8 % contre 19,1 % pour les primipares).

Il est rassurant d'observer que les primipares soient plus observantes. En effet, on sait que, lorsqu'elle est nécessaire, la réalisation de la rééducation à la suite du premier accouchement va conditionner, en grande partie, le pronostic périnéal futur (apparition de troubles périnéaux à distance par exemple).

Le niveau d'étude

Il existe une différence statistique entre l'observance et la non observance des prescriptions selon le niveau d'étude des patientes ($p<0,0001$).

Nous remarquons que plus le niveau d'étude augmente, plus le pourcentage d'accouchées qui n'observent pas les prescriptions diminuent (58,8 % pour le niveau "collège/BEP/CAP", 42,4 % pour le niveau "lycée" et 22,4 % pour le niveau "enseignement supérieur").

Le statut professionnel

On retrouve également une différence statistiquement significative entre l'observance ou non des prescriptions selon l'occupation d'un emploi ou non ($p=0,0288$).

Les patientes sans emploi sont plus nombreuses à ne pas observer les prescriptions : 48,1 % contre 28,9 % lorsqu'elles en ont un.

Ceci est à corrélérer avec les résultats obtenus concernant le niveau socio-économique. On ne retrouve pas de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions selon le niveau socio-économique ($p=0,0791$). Cependant, une nette tendance se dégage : 44,1 % +/- 16,69 des accouchées ayant un niveau socio-économique bas n'observent pas les prescriptions (contre 28,9 % +/- 6,35 de non observance chez les accouchées ayant un niveau socio-économique normal). Nous pouvons donc penser que l'état financier des patientes influencerait leur choix d'observer ou non les prescriptions de rééducation périnéales, même si celles-ci sont entièrement prises en charge.

Nous pouvons donc déjà conclure que les âges extrêmes (moins de 25 ans et plus de 35 ans), la multiparité, le niveau d'étude bas, et la situation sociale précaire (sans emploi notamment) sont des éléments qui vont nous faire penser d'une patiente qu'elle est potentiellement non observante des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum. Elle aura donc besoin d'une information ciblée de la part des soignants pour favoriser une bonne observance.

L'apport d'informations

Il existe une différence statistique entre l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale selon l'apport d'informations ($p=0,044$).

En effet, nous constatons que les patientes observent moins leur prescription lorsqu'elles disent ne pas avoir reçu d'informations (40 % contre 26,6 % lorsqu'elles ont reçu des informations).

De plus, lorsqu'elles ont reçu des informations, si nous détaillons les conditions de ces explications, nous nous apercevons que la date influence l'observance. En effet, il existe une réelle différence statistique entre l'observance et la non observance selon l'apport d'informations pendant la grossesse ($p=0,0005$), tandis que cette différence n'est pas retrouvée selon l'apport d'informations après l'accouchement($p=0,2404$).

Nous notons également une tendance à la non observance plus importante lorsque l'information est apportée en post-partum en comparaison à pendant la grossesse (28,8 % +/- 8,48 de non observance lorsque l'information est apportée en post-partum contre 16,9 % +/- 7,79 lorsqu'elle est apportée pendant la grossesse). Lorsque l'information est apportée à la fois pendant la grossesse et en post-partum, la non observance des prescriptions paraît être la plus faible (16,7 % +/- 8,94). Nous constatons également que seulement 7,4 % +/- 9,87 des patientes n'observent pas les prescriptions lorsque les informations ont été données à la fois pendant la grossesse, lors de l'examen de sortie à la maternité et lors de la consultation post-natale. Ceci montrerait que la répétition des informations concoure à une meilleure observance des prescriptions.

Nous n'avons pu démontrer de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions selon la source et selon la forme des informations (respectivement $p=0,4290$ et $p=0,6321$).

Cependant nous pouvons remarquer, lorsque l'on s'intéresse à la source des informations données, que les patientes ayant reçu des informations provenant des professionnels de santé ainsi que de leur entourage (et/ou recherches personnelles) sont 23,6 % à ne pas observer les prescriptions tandis que celles ayant eu des informations provenant seulement des professionnels de santé sont 32,7 % à ne pas observer les prescriptions. Il est intéressant de voir que l'entourage et les recherches personnelles auraient plus d'impact que les informations délivrées par les soignants. Les recherches personnelles montrent déjà un intérêt des patientes pour la rééducation périnéale en post-partum, expliquant une plus grande observance des prescriptions. Les informations venant de l'entourage auraient plus de poids car elles viennent de personnes qu'elles connaissent, en qui elles ont confiance (malgré le fait qu'elles assurent toutes, sauf une patiente, avoir eu une relation thérapeutique de bonne qualité avec les professionnels). Ainsi, l'opinion de l'entourage concernant la rééducation (qu'elle soit positive ou négative) influencerait le choix de la patiente dans une certaine mesure.

De même, concernant la forme, nous constatons que la non observance est la plus faible lorsque les informations sont accompagnées d'illustrations (15,4 % contre 40 % lorsque les informations sont seulement orales). Nous avons vu qu'il n'existe pas de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions selon la forme des informations délivrées. De ce fait, nous ne pouvons affirmer que l'utilisation d'illustrations comme support favorise l'observance.

Nous avons vu, au dessus, que l'apport d'informations a une incidence sur l'observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum. Il est alors surprenant de constater qu'environ la moitié (49,6 %) des patientes ayant reçu des informations sur la rééducation périnéale en post-partum considèrent que leurs connaissances sur la rééducation du périnée n'ont pas été améliorées par l'apport d'informations. Nous n'avons pu dégager de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions des séances de rééducation selon l'amélioration des connaissances sur la rééducation périnéale (le pourcentage de patientes qui n'observent pas les prescriptions est à peu près similaire dans les deux groupes : 29 % lorsqu'il n'y a pas eu d'amélioration des connaissances contre 24,3 % lorsque les connaissances ont été améliorées).

Par ailleurs, il est à noter l'existence d'une différence statistique entre l'apport ou non d'informations selon la parité ($p=0,045$) : nous retrouvons chez les multipares, une plus grande proportion d'accouchées qui n'ont pas reçu d'informations en comparaison aux primipares (40,8 % chez les multipares contre 27,7 % chez les primipares). Nous avons vu que l'apport d'informations permet d'améliorer l'observance des patientes. Par ailleurs, nous avons également mis en évidence que les multipares sont plus nombreuses à ne pas observer les prescriptions qui leur sont faites. Une des explications de la non observance des multipares serait qu'un nombre moins important d'informations leur soient délivrées. En terme d'informations, il faut adapter notre discours à la personne que nous avons en face de nous. Dans ce souci d'individualisation de l'apport d'informations, nous voyons que les primipares sont celles qui reçoivent les informations les plus complètes. Cependant, il est clairement exposé ici que les multipares ont tout autant besoin de ces informations.

Expériences antérieures de rééducation périnéale

Ensuite, l'étude montre que l'existence d'une expérience antérieure de rééducation périnéale n'influence pas l'observance des prescriptions puisque la non observance des prescriptions est à peu près similaire chez les multipares ayant déjà fait des séances de rééducation pour une autre grossesse et chez les multipares n'en ayant jamais fait (respectivement 39,1 % et 45,5 %). De plus, nous ne retrouvons pas de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions selon l'existence d'une expérience antérieure de rééducation périnéale ($p=0,5259$).

Nous constatons également que la majorité des multipares ayant eu une expérience antérieure de rééducation ont bien vécu ces séances (à 81,6 %). De même, on ne retrouve pas de différence statistique pour l'observance des prescriptions de rééducation selon le vécu de la ou des expérience(s) antérieure(s) ($p=0,3217$).

Il est à noter tout de même que chez les multipares ayant mal vécu leur rééducation périnéale antérieure, le manque d'accompagnement de la part des professionnels réalisant la rééducation revient dans 40 % des cas comme une des raisons de ce mauvais vécu. Il en est de même pour le manque d'efficacité de ces séances (40 %). Les autres raisons sont en rapport avec la nature du traitement (gêne vis à vis de l'utilisation d'une sonde, sensations désagréables ressenties lors des exercices) ou avec la longueur des séances. Il est intéressant de le signaler car ces réponses sont le fruit de questions ouvertes. Ainsi, les patientes ont pu librement exprimer ce qu'elles ressentaient.

Connaissance d'une sage-femme libérale

Par ailleurs, les accouchées de l'échantillon global connaissent, en majorité, une sage-femme libérale à qui se référer (78 % soit 22 % qui n'en connaissent pas). Nous remarquons que les accouchées ne connaissant pas de sage-femme libérale observent moins les séances de rééducation périnéale par rapport à celles qui en connaissent une (59,6 % contre 23,4 %). Il existe une très forte différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions selon la connaissance d'une sage-femme libérale ($p<0,0001$). Il aurait été intéressant de savoir si cette sage-femme avait été connue lors de séances de préparation à la parentalité, nous permettant de relier cette idée à la notion que l'apport d'informations pendant la grossesse influence beaucoup l'observance des prescriptions. Beaucoup de patientes ont formulé l'importance de

l'établissement d'une relation de confiance avec le professionnel qui pratique la rééducation périnéale. La sage-femme libérale est alors une personne référente vers qui la patiente va pouvoir se tourner lorsqu'elle aura besoin : il sera alors plus simple pour elle d'entreprendre les démarches (d'autant plus que la rééducation du périnée touche une zone intime du corps).

Nous retrouvons également une différence entre l'observance ou non des prescriptions selon la connaissance d'une sage-femme libérale chez les primipares ($p=0,006$) et chez les multipares ($p=0,0018$). Nous retrouvons les mêmes tendances que dans la population générale : celles connaissant une sage-femme libérale observent plus que celles n'en connaissant pas, aussi bien chez les primipares que chez les multipares. Et ce, même si d'une façon générale les primipares sont plus observantes que la population générale (chez les primipares, 12,8 % de non observance lorsqu'elles connaissent une sage-femme libérale et 50 % de non observance lorsqu'elles n'en connaissent pas). De la même façon, les multipares sont moins observantes que la population générale (chez les multipares, 32,6 % de non observance lorsqu'elles connaissent une sage-femme libérale et 64,5 % de non observance lorsqu'elles n'en connaissent pas). Nous remarquons seulement que les pourcentages de primipares et de multipares connaissant une sage-femme libérale à qui se référer sont quasiment similaires (respectivement 83 % +/- 7,59 et 74,2 % +/- 7,83).

Si nous considérons le niveau socio-économique, l'étude manque de puissance pour prouver que les accouchées ayant un niveau socio-économique normal connaissent plus de sage-femme libérale que celles ayant un niveau socio-économique bas (80 % +/- 5,84 contre 67,6 % +/- 15,73). Cependant, nous pouvons tout de même noter que, chez ces dernières, les accouchées connaissant une sage-femme libérale à qui se référer restent majoritaires (67,6 % +/- 15,73 qui connaissent une sage-femme soit 32,4 % +/- 15,73 qui n'en connaissent pas). Nous ne retrouvons pas de différence statistique entre la connaissance d'une sage-femme libérale ou non selon le niveau socio-économique ($p=0,1106$). Ceci montre que la majorité de la population a accès aux services des sages-femmes libérales, même les plus en difficulté.

Une différence statistique a pu être mise en évidence entre l'observance ou non des prescriptions selon la connaissance d'une sage-femme libérale chez les patientes ayant un niveau socio-économique normal ($p<0,0001$) : nous retrouvons des résultats similaires à la population globale (ceci s'explique par

la plus grande majorité de patientes ayant un niveau socio-économique normal). Cette différence n'apparaît pas chez les patientes ayant un niveau socio-économique bas en raison d'un petit nombre de patientes.

Mode d'accouchement et type d'accouchement voie basse

Nous n'avons pu démontrer de différence statistique entre l'observance ou non des prescriptions ni selon le mode d'accouchement ($p=0,0567$) ni selon le type d'accouchement voie basse (instrumental ou non ; $p=0,2535$).

Cependant, concernant le mode d'accouchement, il se dégage une nette tendance. Nous pouvons remarquer que la non-observance des prescriptions serait plus importante lors d'accouchements par césarienne : 43,2 % +/- 14,64 pour les césariennes contre 28,2 % +/- 6,76 pour les accouchements par voie basse. Beaucoup de professionnels pensent que la rééducation du périnée est inutile pour les patientes ayant accouché par césarienne mais la prescrivent tout de même. On peut alors se demander si ces chiffres ne sont pas le reflet de l'influence du discours du prescripteur.

Etat du périnée

Une différence a pu être mise en évidence entre l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation selon l'état du périnée ($p=0,0006$). Nous constatons que plus les lésions du périnée sont importantes, plus l'observance des prescriptions augmente : en effet les patientes présentant une épisiotomie, lésion qui semble la plus gênante et la plus traumatisante dans l'imaginaire des patientes, sont celles qui observent le plus (84,8 % contre 46,7 % d'observance pour les patientes présentant un périnée intact).

Ceci n'est pas en rapport avec le fait de susciter plus de troubles périnéaux en post-partum car la présence de ces troubles est à peu près similaire (apparition de troubles périnéaux en post-partum immédiat dans environ 30 % des cas) quelque soit l'état du périnée. Il n'existe pas de différence statistique entre la présence ou non de troubles périnéaux selon l'état du périnée en post-partum ($p=0,6892$).

Existence de troubles périnéaux

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistique entre l'observance ou non des séances de rééducation périnéale selon la présence ou l'absence de troubles périnéaux en post-partum immédiat ($p=0,3441$).

Il est tout de même intéressant de noter qu'un tiers des patientes de l'échantillon ont présenté des troubles périnéaux en post-partum immédiat (31,3 %). 47,8 % des patientes ont des troubles périnéaux qui persistent au moment de la consultation post-natale.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'absence de lien statistique s'explique par le fait que dans environ la moitié des cas, les troubles cessent spontanément, sans aucune intervention extérieure. Ainsi, les patientes pourraient penser qu'elles n'ont plus besoin de la rééducation périnéale et n'observeraient donc pas les prescriptions qui leur sont faites. Il faudrait donc leur préciser que la résolution spontanée des troubles périnéaux "visibles" ne signifie pas forcément qu'elles n'ont plus besoin des séances et que celles-ci restent nécessaires.

La première hypothèse secondaire est donc vérifiée.

3.2.2 Les techniques de traitement comme frein à l'observance

Les sondes et manipulations intra-vaginales, nécessaires au traitement des troubles périnéaux lors des séances de rééducation périnéale, sont des freins à l'observance des prescriptions de séances de rééducation périnéale dans le post-partum.

Dans la population globale, nous retrouvons une différence statistique entre l'observance et la non observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum selon la présence d'une gêne liée aux techniques de traitement ($p=0,0143$). Ainsi, nous remarquons que la non observance est la plus forte lorsque les patientes se sentent gênées par les techniques (47,5 % contre 27,6 % de non observance lorsqu'elles ne sont pas gênées). Cette deuxième hypothèse secondaire est donc vérifiée.

Les multipares ne sembleraient pas être plus gênées par les techniques de rééducation périnéale que les primipares (21,7 % +/- 7,38 contre 14,9 % +/- 7,20). Il n'existe d'ailleurs pas de différence statistique entre le fait d'être gênée par les techniques de traitement ou non selon la parité ($p=0,2072$).

Il existe une différence statistique entre le vécu des expériences antérieures de rééducation du périnée et l'existence d'une gêne vis à vis du traitement ($p=0,0449$) : ainsi, nous remarquons que les patientes ayant mal vécu leur(s) expérience(s) antérieure(s) sont plus gênées que celles qui ont un bon vécu (37,5 % contre 15,5 %). Ainsi, on retrouve dans ces chiffres l'avis des patientes dans la cause de leur(s) mauvaise(s) expérience(s). La gêne n'est pas ce qui revient en majorité comme cause du mauvais vécu lorsqu'elles l'expriment spontanément (revient dans 10 % des cas). Cependant, nous constatons par l'existence de cette différence statistique que les deux sont bien liés. Les patientes ont des difficultés à verbaliser leur gêne.

Les patientes connaissant une sage-femme libérale et se sentant gênée par les techniques de rééducation seraient plus nombreuses à ne pas observer les prescriptions de rééducation périnéale par rapport aux patientes de l'échantillon global qui connaissent une sage-femme libérale (41,9 % +/- 17,37 contre 23,4 % +/- 6,41). Nous remarquons donc que le fait de connaître antérieurement une sage-femme à qui elles pourront potentiellement s'adresser pour la pratique de la rééducation périnéale, ne suffirait pas à aider les patientes qui sont gênées à observer. Il se produit le même phénomène avec la connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum. En effet, parmi les patientes connaissant la nécessité, 44,4 % +/- 16,23 de celles qui se sentent gênées n'observent pas les prescriptions qui leur sont faites. Alors que parmi les patientes de l'échantillon globale connaissant la nécessité, 28,8 % +/- 6,31 n'observent pas les prescriptions. Ceci montrerait que la gêne ressentie est plus forte que la raison (le fait de savoir que c'est nécessaire) dans le choix de la pratique ou non de la rééducation périnéale en post-partum. Cela participerait à démontrer que la gêne ressentie est un frein important à l'observance des prescriptions en post-partum. Dans ces deux derniers cas, le manque de patientes dont les données seraient exploitables empêchent de prouver de façon fiable ces deux hypothèses.

PROPOSITIONS D'ACTION

Cette étude fait apparaître que les patientes sont plus observantes lorsqu'elles reçoivent des informations, et ce d'autant plus que cette information est donnée tôt (c'est-à-dire pendant la grossesse) et qu'elle serait répétée à plusieurs reprises. Le but de l'apport d'informations dans le cas de la rééducation périnéale est de faire intégrer aux patientes leurs besoins. Ceux-ci ne sont véritablement identifiés qu'en post-partum. Néanmoins, nous avons vu que l'apport d'informations pendant la grossesse favorise l'observance : elle vient alors comme une première prise de contact.

Peu de documents sont édités et disponibles dans les salles d'attente des différents lieux de consultation fréquentés lors de la grossesse. Nous pourrions réaliser une affiche explicative sur le déroulement du suivi post-natal avec des explications sur la rééducation périnéale afin de les faire penser que ces séances font parties, dans la majorité des cas, du suivi entourant la grossesse et l'accouchement.

De même, lorsque j'ai consulté le carnet de santé-maternité réalisé par le Ministère de la Santé (distribué à toutes les patientes enceintes en début de grossesse), il est seulement noté la présence de possibles séances de rééducation périnéale en post-partum dans le calendrier de suivi. Cependant, il n'y a pour seules explications qu'un paragraphe dans le glossaire alors que tous les autres temps de suivi sont expliqués par des fiches pratiques. Ceci participe à conférer à la rééducation un caractère accessoire. De plus, l'explication donnée dans le glossaire n'est pas accessible à la population générale (cf annexe V), les termes employés étant très médicaux et non représentatifs. A une échelle plus étendue, nous pourrions soumettre l'idée au Ministère de la Santé d'améliorer les informations contenues dans ce carnet concernant la rééducation périnéale. Un paragraphe explicatif pourrait être réalisé dans la fiche "après l'accouchement".

Il serait judicieux de renforcer l'apport d'informations sur le suivi post-natal. Les patientes se sentent entourées et choyées pendant leur grossesse. Une fois l'accouchement passé, elles n'ont plus de repères et se sentent délaissées, tout l'entourage ne s'intéressant qu'à l'enfant. Elles sont demandeuses d'un suivi post-natal plus conséquent.

L'apport d'une première information, très générale, pendant la grossesse permettrait aux patientes d'être plus réceptives aux informations, plus personnalisées, apportées en post-natal. Ainsi, d'une part, ces informations ne sont pas perdues au milieu de toutes les autres informations données en post-natal (rendez-vous pédiatriques, gynécologiques, contraception, puériculture, allaitement ...). D'autre part, comme on l'a vu au-dessus, la répétition favoriserait l'intégration de l'information.

A Limoges, la prescription des séances n'est pas faite lors de la sortie de la maternité car les professionnels considèrent que la prescription devant être adaptée aux besoins des patientes, ceux-ci ne peuvent être identifiés si tôt après l'accouchement. Dans ce cadre là, cette étude montre que l'apport des informations au moment de la sortie de la maternité n'est pas statistiquement lié à une plus grande observance. Ceci semble lié à la masse d'autres informations fournies. Avec la mise en place des consultations post-natales par les sages-femmes libérales (PRADO) dédiées spécialement à assurer un suivi post-natal de bonne qualité, il serait judicieux de profiter de ces consultations pour réévoquer (voire évoquer si ça n'a pas déjà été fait lors de la grossesse) la rééducation du périnée avec la patiente. Le problème repose sur le fait, qu'à l'heure actuelle, toutes les patientes ne bénéficient pas du PRADO.

Par ailleurs, il est important de faire verbaliser les patientes sur leur ressenti et leurs à priori sur la rééducation du périnée (quant au déroulement des séances, aux techniques de traitement employées, aux expériences antérieures et à leur vécu ...). Ceci concourt à l'apport d'informations individualisées et permet de diminuer la gêne qu'elles peuvent ressentir et qui est un frein important à la pratique de cette rééducation.

Par ailleurs, cette étude a permis d'identifier des profils de patientes n'observant pas les prescriptions de rééducation périnéale qui leur sont faites. L'étude montre, par exemple, que les multipares observent moins bien que les primipares. Habituellement, les multipares reçoivent moins d'informations de la part des professionnels du fait de leur(s) grossesse(s) précédente(s), des informations qu'elles ont déjà du recevoir et de leur(s) expérience(s) antérieure(s). Cependant, cette étude montre qu'elles ont besoin de ces informations (par exemple, pour leur rappeler que le fait de pratiquer les séances pour la première grossesse ne suffit pas...). Il en va de même pour les patientes qui présentent des périnées intacts en post-partum. Il semblerait que ces patientes pensent avoir moins besoin de la rééducation périnéale (bien que

présentant autant de troubles périnéaux en post-partum que les autres patientes). Là encore, il est nécessaire de donner des informations claires accompagnant notamment la prescription afin de leur faire comprendre leurs besoins en terme de rééducation périnéale.

Il est important de cibler les patientes, de multiplier les campagnes d'information.

Il est également important de faire comprendre à la patiente que la prescription est individualisée et qu'elle correspond donc à un besoin identifié par l'examen du professionnel. Beaucoup pensent qu'elle est systématique : cela peut laisser penser à la patiente que le choix de la pratique lui revient et ne favorise pas l'observance. De plus, il paraît essentiel de l'informer du risque à long terme, avec l'idée que l'absence de symptômes au décours de l'accouchement ne présage en rien de la suite.

L'amélioration de l'observance passe aussi par la formation des professionnels et des futurs professionnels (étudiants en médecine, internes en gynécologie/obstétrique et étudiants sages-femmes) tant sur la nécessité d'une rééducation périnéale en post-partum que sur la pratique d'un examen clinique de qualité afin d'identifier au mieux les besoins des patientes.

Ainsi, aujourd'hui, il n'existe pas de consensus des professionnels sur le sujet. De ce fait, la prescription des séances de rééducation périnéale n'est pas uniformisée. Le doute existe dans l'esprit de nombreux professionnels et la prescription de ces séances s'en ressent : souvent la prescription est donnée sans plus de détails. La perception de la nécessité de cette prescription par la patiente peut être alors être altérée : dans un contexte de disponibilité exclusive pour l'enfant, pourquoi prendre du temps pour faire quelque chose dont le médecin n'a pas montré l'importance. Ainsi, l'amélioration de l'observance de ces prescriptions passe aussi par la sensibilisation des professionnels : prendre du temps pour amener des informations de qualité à la patiente afin de lui faire prendre conscience de ses besoins, et pour évaluer, en retour, l'efficacité du message.

CONCLUSION

Aucune étude significative n'a été retrouvée dans la littérature sur les problèmes d'observance des prescriptions de rééducation périnéale en post-partum. Ainsi, cette étude est un état des lieux de la situation à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges et permet de mettre en lumière les problèmes liés à la pratique de la rééducation périnéale en post-partum. Elle a servi à identifier des obstacles à l'observance de ces prescriptions tels que la gêne ressentie vis à vis de ces séances. Elle permet également de mettre en valeur des caractéristiques concernant la population de non-observantes qui peuvent d'or et déjà permettre d'orienter l'apport d'informations. On peut ainsi en conclure que l'apport d'informations sur la rééducation périnéale est essentiel pour sa réalisation. La démarche éducative qui vise à faire intégrer aux patientes leurs besoins doit être individualisée. Le professionnel de santé doit prendre le temps de s'assurer que la patiente ait bien compris, et particulièrement avec les patientes plus à risque de ne pas observer (les patientes jeunes ou âgées, les multipares, les patientes venant d'un milieu socio-économique défavorisé et celles ayant peu voire pas de lésions périnéales). Les explications apportées doivent être accessibles et permettre l'intégration optimale du traitement dans les activités de l'accouchée dont les préoccupations sont nombreuses (notamment autour de l'enfant).

La prescription éclairée de la rééducation périnéale est recommandée en post-partum [17]. Cependant, il n'existe pas, aujourd'hui, de consensus de professionnels ni sur son efficacité, ni sur les techniques à utiliser. De nombreux professionnels restent sceptiques. Toutes ces divergences participent à ne pas améliorer l'observance des prescriptions.

Le manque de puissance de cette étude lié au nombre insuffisant de sujet fait qu'il est impossible de conclure pour certaines données étudiées.

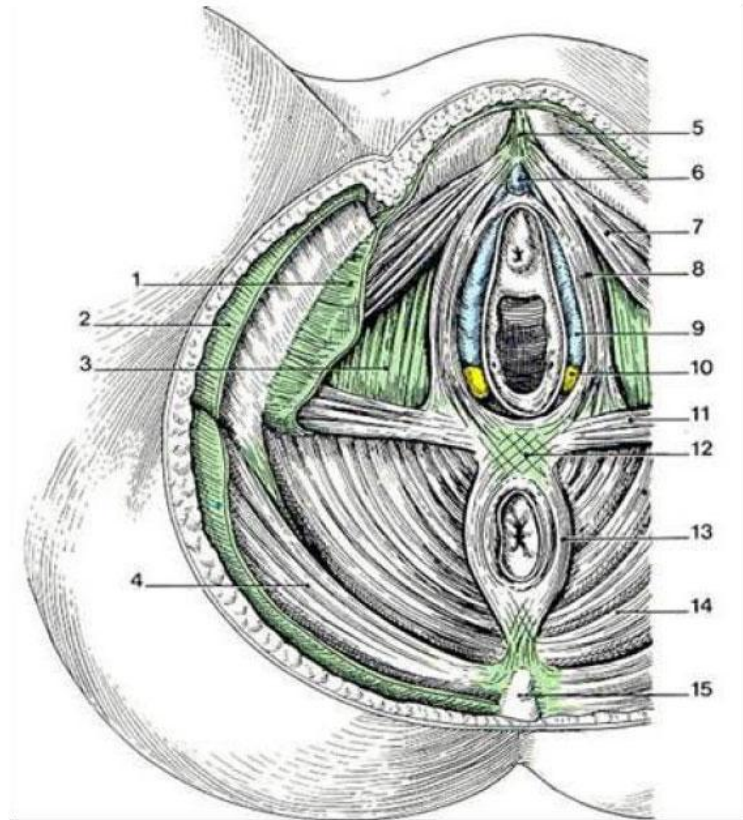
Ainsi, cette étude peut tenir lieu d'enquête préliminaire à la réalisation d'une étude de cohorte sur une plus longue période permettant d'analyser les problèmes d'observance de façon globale (en prenant en compte, par exemple, les personnes qui ont abandonné les séances en cours) ainsi que d'identifier de réels facteurs de risque. Cette étude pourrait se faire sur les trois maternités du département afin d'avoir des résultats globaux. La difficulté réside dans l'inclusion des patientes à l'étude : trouver un moyen de convaincre les

patientes de participer à l'étude, sans influencer leur choix de faire les séances dans le but d'interroger un maximum de patientes.

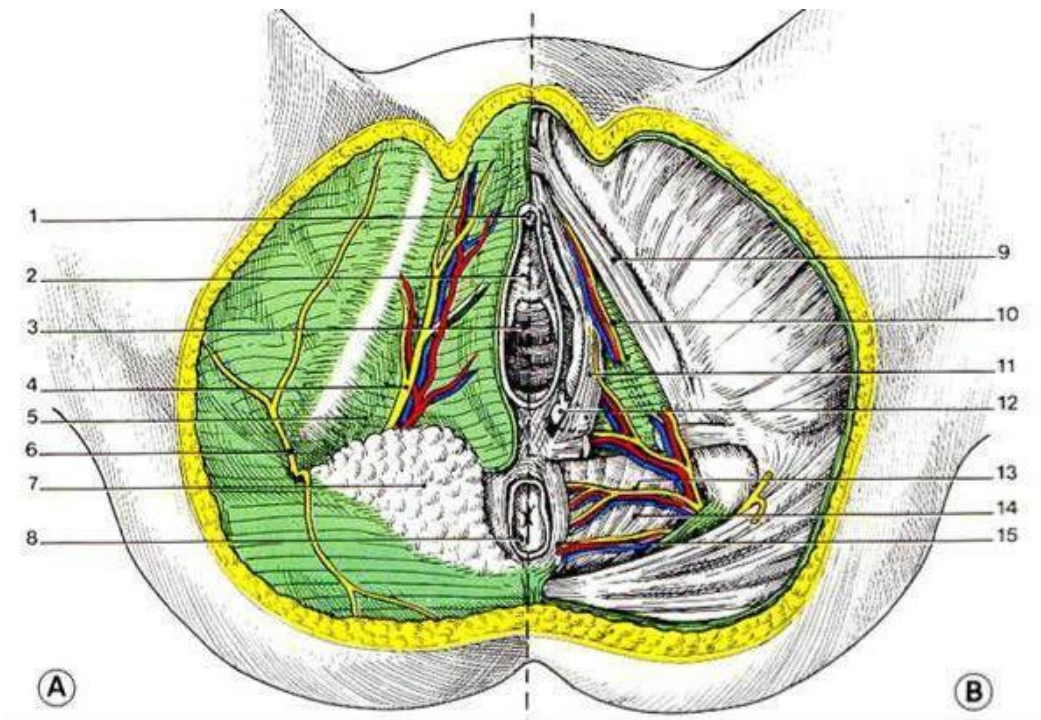
ANNEXE I

Les muscles du périnée (d'après Kamina.P)

- 1- aponévrose superficielle
- 3- aponévrose moyenne
- 4- muscle gluteus maximus
- 6- clitoris
- 7- muscle ischio-caverneux
- 8- muscle bulbo-caverneux
- 9- bulbe vestibulaire
- 10- glande vestibulaire majeure
- 11- muscle transverse superficiel
- 12- centre tendineux
- 13- sphincter externe de l'anus
- 14- muscle levator ani
- 15- coccyx



ANNEXE II



Vascularisation et innervation du périnée (d'après Kamina P.)

A- région sous-cutanée

B- plan superficiel du périnée

1- clitoris

2- méat urinaire

3- vagin

4- a, v, n périnéaux superficiels

8- anus

9- m. ischio-caverneux

10- nerf bulbo-urétral

11- m. bulbo-caverneux

12- glande vestibulaire majeure

13- n. rectal inférieur

14- m. élévateur de l'anus

15- m. sphincter externe de l'anus

ANNEXE III

FEUILLET D'INFORMATION

Je suis Marie-Céline Foulatier, élève en 4ème année de l'école de sages-femmes. Dans le cadre de l'obtention du diplôme de sage-femme, je réalise un mémoire de recherche. Ainsi, je vous sollicite afin de mener à bien mon étude. Je vais vous contacter par téléphone dans environ deux mois afin de vous poser des questions.

C'est un questionnaire rapide à réaliser et qui ne vous demandera que quelques minutes de votre temps. Par ailleurs, je vous demande de bien vouloir m'indiquer votre numéro de téléphone fixe si vous en possédez un pour qu'il me soit facile de vous contacter.

Le secret professionnel s'appliquant à cette étude, je m'engage sur l'honneur à garder confidentiel l'ensemble des données recueillies. Tous mes questionnaires seront traités anonymement.

Je vous remercie d'avance de remplir cette note d'information, ainsi que de participer à ma réussite.

Marie-Céline Foulatier



Merci de remettre ce coupon à la sage-femme avant votre sortie.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Date d'accouchement :/...../2012

Numéro de téléphone fixe personnel :

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE

1- Avez-vous fait votre consultation post-natale ?

- Oui
- Non

2- Si oui, des séances de rééducation périnéale vous ont-elles été prescrites ?

- Oui
- Non

3- Quel est votre âge ?

.....

4- Quel est votre pays d'origine ?

.....

5- Vivez-vous seule ou en couple ?

- Seule
- En couple

6- Combien avez-vous d'enfants ?

.....

7- Les avez-vous à votre charge ?

- Oui
- Non

9- Avez-vous la possibilité de faire garder les enfants qui ne vont pas à l'école ?

- Oui
- Non

10- En quelle classe avez-vous arrêté vos études ?

- École primaire
- Collège / BEP / CAP
- Lycée
- Enseignement supérieur

11- Quelle est votre profession ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Etudiant
- Retraité
- Sans emploi

12- Etes-vous en activité actuellement ?

- Oui
- Non

13- Y a-t-il une autre personne contribuant aux besoins de votre foyer ?

- Oui
- Non

14- Si oui, quelle est la profession de cette personne ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Etudiant
- Retraité
- Sans emploi

15- Avez-vous un moyen pour vous déplacer facilement comme une voiture ou le bus ... ?

- Oui
- Non

16- Connaissez-vous une sage-femme libérale ?

- Oui
- Non

17- Pensez-vous que les séances de rééducation du périnée sont nécessaires après un accouchement ?

- Oui
- Non

18- Avez-vous accouché par les voies naturelles ou par césarienne ?

- Par voies naturelles
- Par césarienne

19- Si vous avez accouché par voie basse, y a-t-il eu besoin d'instruments (forceps, ventouse ...) ?

- Oui
- Non

20- Si oui, quel était le type d'instrument ?

- Forceps
- Ventouse
- Les deux

21- Si vous avez accouché par voie basse, avez-vous eu :

- Périnée intact
- Déchirure périnéale
- Episiotomie

22- Aujourd'hui, avez-vous pris rendez-vous pour les séances de rééducation périnéale qui vous ont été prescrites ?

- Oui
- Non

23- Si oui, les avez-vous commencées ?

- Oui
- Non

24- Avez-vous eu des pertes d'urines dans les jours qui ont suivi votre accouchement ?

- Oui
- Non

25- Si oui, au moment de la consultation post-natale, aviez-vous toujours des troubles périnéaux (pertes d'urine, dyspareunies ...) ?

- Oui
- Non

26- Si non, des troubles périnéaux à type de pertes urinaires, dyspareunies ou pesanteur pelvienne étaient-ils apparus au moment de la consultation post-natale ?

- Oui
- Non

27- Avez-vous eu des informations concernant la rééducation périnéale pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

28- Après votre accouchement ?

- Oui
- Non

29- Si vous avez reçu des informations, qui vous les a données ?

- Sage-femme et / ou un médecin
- Un personne de votre entourage et / ou vos recherches (livres, internet ...)
- Les deux

29- Si vous avez eu des informations après votre accouchement de la part d'un professionnel de santé, quand vous ont-elles été données ?

- Lors de l'examen de sortie à la maternité
- Lors de la consultation post-natale
- Les deux

30- Si un professionnel de santé vous a donné des informations concernant la rééducation périnéale, comment vous les ont-ils données ?

- Informations orales
- Informations écrites
- Les deux

31- Si vous avez eu des informations orales, étaient-elles accompagnées d'illustrations ?

- Oui
- Non

32- Avez-vous eu des informations sous une autre forme ?

- Oui
- Non

33- Si oui, laquelle ?

.....

33- Si un professionnel de santé vous a donné des informations concernant la rééducation du périnée, vous-êtes vous sentie à l'aise avec cette personne ?

- Oui
- Non

34- Vous-êtes vous sentie écoutée par cette personne ?

- Oui
- Non

35- Avez-vous pu lui poser des questions ?

- Oui
- Non

36- Les informations apportées vous ont-elles appris quelque chose au sujet de la rééducation périnéale ?

- Oui
- Non

37- L'utilisation de sondes et de manipulations intra-vaginales représente-t-elle une gêne pour vous ?

- Oui
- Non

38- Si oui et si vous avez débuté les séances, comptez vous poursuivre votre rééducation ?

- Oui
- Non

39- Avez-vous déjà fait des séances de rééducation périnéale pour une autre grossesse ou dans d'autres circonstances ?

- Oui
- Non

40- Si oui, comment avez-vous vécu ces séances ?

- Très bien vécues
- Bien vécues
- Moyennement bien vécues
- Pas du tout bien vécues

41- Qu'avez vous mal vécu ?

.....
.....

42- Pourquoi ?

.....
.....

43- Désirez-vous ajouter quelque chose ?

.....
.....

Merci de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps.

ANNEXE V



Explications données de la rééducation du périnée dans le glossaire : "destinée à redonner le tonus aux muscles du périnée s'ils ont été distendus pendant l'accouchement. Elle consiste en mouvements de « gymnastique » et/ou en électrostimulations spécifiques du périnée."

Explications données sur le calendrier de suivi : "10 séances de rééducation périnéale (voir glossaire) remboursées par la Sécurité sociale peuvent être utiles." [35]

REFERENCES

- HUGOT S. *Le vécu de la rééducation périnéale des femmes en post-partum. Une étude qualitative par 14 entretiens individuels.* Faculté de Médecine. Université Paris VII - Denis DIDEROT, 2011. 76-p.7 [1] ; p.8 [21] ; p.10 [3] ; p.12 [27] ; p.13 [22] ; p.14, p.15, p.16 [26]
- BATTUT ANNE. « Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en ante-partum ? ». La revue Sage-Femme. 2010. Vol. 9, 19-p.8 [2] ; p.9 [33]
- ECOLE DE SAGES-FEMMES LIMOGES. *Le diaphragme pelvien.* 2011-2010. [4]
- HANSEN J-T. *Mémofiches Anatomie Netter. Tronc.* Elsevier-Masson. 2007. 104-p.86 [5]
- GROSSE D. SENGLER J. *Rééducation périnéale. Le point en rééducation.* Masson. 2007. 133-p.4, p.5 [10] ; p.15, p.16, p.17, p.18, p.19, p.20 [6] ; p.24 [9] ; p.37 [14] ; p.38 [15] ; p.95, p.96 [12] ; p.97 [11]
- RITEAU A.-S. *Le périnée féminin de la superficie à la profondeur.* Faculté de Médecine. Université Nantes, 2002. 40 p. [7]
- « Anatomie du périnée féminin - Cours ». UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAIEUTIQUE FRANCOPHONE. 2011. Disponible sur : < <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf> > (consulté le 20 juillet 2011). [8]
- DE TAYRAC R. « *Incontinence urinaire et incontinence anale pendant la grossesse : quelle prise en charge ?* ». La rééducation périnéale. La connaître ... la maîtriser ... pour mieux la pratiquer. COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES. 2011. 34-p.8 [13]
- COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. *Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique.* Paris, 2009. p.623 [16] ; p.628 [20] ; p.629 [25]
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique. Rééducation dans le cadre du post-partum.* 2002. [17]

« Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens ». UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAIEUTIQUE FRANCOPHONE. Disponible sur : < <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/1.html> > (consulté le 15 septembre 2011). [18]

« La rééducation du post-partum. Fiche Action n°18 ». INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/> > (consulté le 25 juillet 2011). [19]

CONSEILLÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE. Questions relatives à la prise en charge des séances de rééducation périnéale. 14 septembre 2011. [23]

DUMOULIN C. GLAZENER C. « Optimiser la rééducation périnéale dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ». Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Mars 2011. n°152. [24]

BONNAUD-ANTIGNAC ANGÉLIQUE. *Psychologie Médicale - Cours PCEM1*. Faculté de Médecine de Nantes. Décembre 2008. [28]

« L'observance thérapeutique, ou prendre une part active à sa propre santé ». UNIVERSITE DU QUEBEC. Disponible sur : < http://www.uquebec.ca/daf-public/assurances/communication/assurance-sante/decembre_98/decembre_98.html > (consulté le 1 octobre 2011). [29]

« Favoriser l'observance thérapeutique ». MACREZ PASCAL. Disponible sur < <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html> > (consulté le 6 janvier 2013). [30]

Les aspects psychologiques de la relation thérapeutique. Cours de psychologie PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009. [31]

Présentation de plusieurs modèles sur la communication. Cours de communication PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009. [32]

L'objet du travail médical : quand le corps est objet du travail. Cours de Sociologie PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009. [33]

Niveaux socio-économiques selon le revenu mensuel et selon la situation familiale. Disponible sur <www.INSEE.fr> (consulté le 25 mai 2012). [34]

Le carnet de Santé-Maternité proposé par le Ministère de la Santé. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf> (consulté le 5 mars 2013). [35]

BIBLIOGRAPHIE

1. LIVRES

GROSSE D. SENGLER J. Rééducation périnéale. Le point en rééducation. Masson. 2007. 133 p.

HANSEN J-T. *Mémofiches Anatomie Netter. Tronc*. Elsevier-Masson. 2007. 104 p.

PERNOUD LAURENCE. *J'attends un enfant*. Paris : HORAY, 2011. 476 p.

2. ARTICLE DE COLLOQUE

TOURETTE-TURGIS CATHERINE. « L'observance : de la théorie à la pratique ». In : *10èmes Journées INTERCISIH Antilles-Guyane-Réunion*. Pointe à Pitre, 2011. Disponible sur : < <http://commentdire.fr/diapotheque/cisih-cochin-05-03-01.pdf> > (consulté le 1 octobre 2011)

3. ARTICLES DE REVUE

BATTUT ANNE. « Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en ante-partum ? ». La revue Sage -femme. 2010. Vol. 9, 19 p.

COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES. La rééducation périnéale. La connaître ... la maîtriser ... pour mieux la pratiquer. 2011. 34 p.

DUMOULIN C. GLAZENER C. « Optimiser la rééducation périnéale dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ». *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*. Mars 2011. n°152.

4. THESES

HUGOT S. Le vécu de la rééducation périnéale des femmes en post-partum. Une étude qualitative par 14 entretiens individuels. Faculté de Médecine. Université Paris VII - Denis DIDEROT, 2011. 76 p.

RITEAU A.-S. *Le périnée féminin de la superficie à la profondeur*. Faculté de Médecine. Université Nantes, 2002. 40 p.

5. RAPPORT

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Recommandations pour la pratique clinique. Rééducation dans le cadre du post-partum*. 2002.

COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. *Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique*. Paris, 2009.

6. DOCUMENTS

AUBIN ISABELLE. *Incontinence Urinaire du Post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement*. UFR - Paris 7.

BONNAUD-ANTIGNAC ANGÉLIQUE. *Psychologie Médicale - Cours PCEM1*. Faculté de Médecine de Nantes. Décembre 2008.

GILBERTE ROBAIN. COLLÈGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION. *La rééducation périnéale*. 2008.

Le diaphragme pelvien. Ecole de Sages-Femmes. 2011-2010.

Les aspects psychologiques de la relation thérapeutique. Cours de psychologie PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009.

L'objet du travail médical : quand le corps est objet du travail. Cours de Sociologie PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009.

MARES P. *Périnée-Obstétrique-Sexualité*. 2012

Présentation de plusieurs modèles sur la communication. Cours de communication PAP1. Ecole de Sages-Femmes Limoges. 2010-2009.

7. PAGES WEB

« Anatomie du périnée féminin - Cours ». UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAIEUTIQUE FRANCOPHONE. 2011. Disponible sur : < <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/perinee/site/html/cours.pdf> > (consulté le 20 juillet 2011)

« Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens ». UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAIEUTIQUE FRANCOPHONE. Disponible sur : < <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/1.html> > (consulté le 15 septembre 2011)

« Extension des compétences des sages-femmes par la loi de santé publique 2004 - Circulaire CIR-158/2004 ». CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Disponible sur : < www.mediam.ext.cnamts.fr > (consulté le 19 juillet 2011)

« Favoriser l'observance thérapeutique ». MACREZ PASCAL. Disponible sur < <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html> > (consulté le 6 janvier 2013). [33]

« La rééducation du post-partum. Fiche Action n°18 ». INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/> > (consulté le 25 juillet 2011)

« La rééducation périnéale ». Dossier grossesse FRANCE 5. Disponible sur : < <http://www.france5.fr/sante/dossier/conna%C3%A9tre-son-corps/grossesse/la-reeducation-perineale> > (consulté le 25 juillet 2011)

« La sage-femme est elle habilitée à prescrire des séances de rééducation périnéale ? ». CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Disponible sur : < http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/droit_de_prescription/divers_/la_sagefemme_est_elle_habilitee_a_prescrire_des_seances_de_reeducation_perineale_/index.htm > (consulté le 15 décembre 2011)

« La sage-femme peut-elle pratiquer la rééducation périnéale ? ». CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Disponible sur : < http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/reeducation/la_sagefemme_peutelle_pratiquer_la_reeducation_perineale_/index.htm > (consulté le 9 septembre 2011)

Le carnet de Santé-Maternité proposé par le Ministère de la Santé. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf> (consulté le 5 mars 2013).

« L'observance thérapeutique, ou prendre une part active à sa propre santé ». UNIVERSITE DU QUEBEC. Disponible sur : < http://www.uquebec.ca/daf-public/assurances/communication/assurance-sante/decembre_98/decembre_98.html > (consulté le 1 octobre 2011)

Niveaux socio-économiques selon le revenu mensuel et selon la situation familiale. Disponible sur <www.INSEE.fr> (consulté le 25 mai 2012)

« Prévention périnéale et maternité selon les principes de la méthode A.P.O.R ». DE GASQUET B. Disponible sur : < http://www.cnsf.asso.fr/journées/pdf/3eme/04-maternité_et_périnée.pdf > (consulté le 25 juillet 2011)

« Prise de décisions ». UNIVERSITE DU QUEBEC. Disponible sur : < http://www.uquebec.ca/edusante/sociale/imp_Prise_de_decision.htm > (consulté le 28 septembre 2011)

« Problématiques de santé mentale et recours aux médicaments psychotropes ». ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE QUEBEC. Disponible sur : < http://fichespsycho.acjq.qc.ca/mols_observance.html > (consulté le 1 octobre 2011)

« Science Direct - La Revue Sage-Femme : Le périnée, qu'en savent les femmes ? ». Disponible sur : < <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.unilim.fr/science/article/pii/S1637408805862200> > (consulté le 11 novembre 2011)

8. COURRIEL

CONSEILLÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE. Questions relatives à la prise en charge des séances de rééducation périnéale. 14 septembre 2011.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	5
REEDUCATION PERINEALE ET NON OBSERVANCE THERAPEUTIQUE.....	6
1. LE PERINEE, ELEMENT DE BASE DE LA STATIQUE PELVIENNE [4] [5] [6] [7] [8]	6
1.1 Le périnée	6
1.1.1 Musculature (cf annexe I)	6
1.1.1.1 Le plan profond.....	6
1.1.1.2 Le plan moyen	7
1.1.1.3 Le plan superficiel	7
1.1.2 Le cadre osseux	7
1.1.3 Innervation et vascularisation (cf annexe II)	7
1.2 Fonction du diaphragme périnéal.....	8
1.3 Les modifications périnéales dues à la grossesse et à l'accouchement	8
1.4 Complications périnéales de la grossesse et de l'accouchement.....	9
2. LA REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM	10
2.1 La prescription des séances de rééducation du périnée	10
2.2 Principes et techniques de la rééducation périnéale	11
2.2.1 Les principes.....	11
2.2.2 Les techniques	11
2.2.2.1 La rééducation manuelle	12
2.2.2.2 Le biofeedback.....	12
2.2.2.3 L'électrostimulation	12
3. LA NON-OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION DES SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE EN POST-PARTUM	13
3.1 La non-observance thérapeutique : une priorité en matière de santé publique.....	13
3.2 Facteurs influençant la non-observance thérapeutique	13
3.2.1 Caractéristiques propres à la patiente	13
3.2.2 Facteurs extérieurs à la patiente.....	14

3.2.3	La relation thérapeutique.....	14
3.2.4	La maladie et le traitement.....	15
PROTOCOLE DE RECHERCHE		16
1.	PROBLEMATIQUE	16
2.	OBJECTIF.....	16
2.1	Objectif principal.....	16
2.2	Objectif secondaire.....	16
3.	INTERET DE LA RECHERCHE	17
4.	LES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	17
4.1	Hypothèse principale	17
4.2	Hypothèses secondaires.....	18
5.	CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	18
6.	TYPE D'ÉTUDE	18
7.	LA POPULATION.....	18
7.1	La population cible	18
7.2	La population source.....	19
8.	NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES	19
9.	LES VARIABLES ETUDIEES	19
10.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	22
10.1	Recrutement des sujets de l'échantillon et recueil des données	22
10.2	Méthodes et moyens.....	22
10.2.1	Avertissement des accouchées	22
10.2.2	Déroulement de l'étude	23
10.2.3	Saisie et exploitation des données	23
RESULTATS DE L'ETUDE		24
1.	PRESENTATION DE LA POPULATION.....	24
1.1	Nombre de patientes incluses dans l'étude	24
1.2	Caractéristiques socio-démographiques.....	24
1.2.1	L'âge.....	24
1.2.2	L'origine géographique	25
1.2.3	La situation familiale	25
1.2.4	La parité.....	25
1.2.5	Le niveau d'étude	26
1.2.6	La catégorie socio-professionnelle.....	26

2.	L'INTEGRATION DE LA NECESSITE DE LA REEDUCATION PERINEALE.....	28
2.1	Concernant l'échantillon global.....	28
2.2	Selon l'apport d'information.....	28
2.2.1	Patientes ayant reçu des informations	29
2.2.2	Patientes n'ayant pas reçu d'information	31
2.3	Selon la parité	31
2.3.1	Les primipares	31
2.3.2	Les multipares	31
2.4	Selon la classe d'âge	32
2.4.1	Les 18-25 ans	32
2.4.2	Les 26-35 ans	32
2.4.3	Les 36-45 ans	33
2.5	Selon le niveau d'étude.....	34
2.5.1	Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent au collège/BEP/CAP	34
2.5.2	Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent au lycée	34
2.5.3	Les accouchées ayant un niveau scolaire équivalent à l'enseignement supérieur	34
2.6	Selon la catégorie socio-professionnelle	35
3.	MODE DE DISPENSE DES INFORMATIONS	37
3.1	La date de dispense des informations	37
3.2	La source des informations dispensées.....	39
3.3	La forme des informations dispensées.....	39
3.4	Amélioration des connaissances par l'apport d'informations	40
3.5	Satisfaction de la relation thérapeutique	40
4.	FREINS A LA PRATIQUE DE LA REEDUCATION PERINEALE	41
4.1	Niveau socio-économique	41
4.2	Possibilité de locomotion	41
4.3	Reprise du travail	42
4.4	Existence d'une gêne liée aux techniques de traitement.....	42
4.4.1	La population globale	42
4.4.2	Selon la parité.....	43
4.4.2.1	Les primipares	43
4.4.2.2	Les multipares	43
4.4.3	Selon la classe d'âge.....	44

4.4.3.1	Les 18-25 ans.....	44
4.4.3.2	Les 26-35 ans.....	44
4.4.3.3	Les 36-45 ans.....	44
4.4.4	Selon la connaissance d'une sage-femme libérale	44
4.4.4.1	Accouchées ne connaissant pas de sage-femme libérale.....	44
4.4.4.2	Accouchées connaissant une sage-femme libérale	45
4.4.5	Selon la connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum.....	46
4.4.5.1	Accouchées connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum	46
4.4.5.2	Accouchées ne connaissant pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum	46
4.4.6	Selon l'état du périnée	47
4.4.6.1	Épisiotomie	47
4.4.6.2	Déchirure périnéale du premier ou du second degré	47
4.4.6.3	Périnée intact	47
4.5	Expériences antérieures de rééducation périnéale	47
5.	ÉLÉMENTS INFLUENÇANT L'OBSERVANCE DES PRESCRIPTIONS DE REEDUCATION PERINEALE.....	49
5.1	Connaissance d'une sage-femme libérale	49
5.1.1	Population globale	49
5.1.2	Selon la parité.....	50
5.1.2.1	Les primipares	50
5.1.2.2	Les multipares	50
5.1.3	Selon le niveau socio-économique	51
5.1.3.1	Niveau socio-économique bas	51
5.1.3.2	Niveau socio-économique normal	51
5.2	Mode d'accouchement.....	52
5.2.1	Population globale	52
5.2.2	Selon la parité.....	52
5.2.2.1	Les primipares	52
5.2.2.2	Les multipares	52
5.2.3	Selon l'existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat	52
5.3	Type d'accouchement voie basse.....	53
5.3.1	Population globale	53

5.3.2	Selon la parité.....	53
5.3.2.1	Les primipares	53
5.3.2.2	Les multipares	54
5.3.3	Selon l'existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat 54	
5.4	Etat du périnée après un accouchement par voie basse.....	55
5.4.1	Population globale des accouchées par voie basse	55
5.4.2	Selon la connaissance de la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum.....	56
5.4.2.1	Accouchées connaissant la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum	56
5.4.2.2	Accouchées ne connaissant pas la nécessité de la rééducation périnéale en post-partum	57
5.5	Existence de troubles périnéaux en post-partum	57
5.5.1	Existence de troubles périnéaux en post-partum immédiat	57
5.5.2	Persistance des troubles périnéaux à distance de l'accouchement 57	
5.5.3	Survenue des troubles périnéaux à distance de l'accouchement.	58
DISCUSSION		59
1.	POINTS FORTS DE L'ETUDE	59
2.	LES LIMITES DE L'ETUDE	59
2.1.1	Les biais.....	59
2.1.1.1	Biais de sélection	59
2.1.1.2	Biais de mémorisation	60
2.1.2	Les améliorations à apporter	60
3.	ANALYSE DES RESULTATS	61
3.1	Hypothèse principale	61
3.2	Hypothèses secondaires.....	63
3.2.1	Caractéristiques générales des non observantes	64
3.2.2	Les techniques de traitement comme frein à l'observance.....	71
PROPOSITIONS D'ACTION.....		73
CONCLUSION		76
ANNEXE I.....		78
ANNEXE II.....		79

ANNEXE III	80
ANNEXE IV	81
ANNEXE V	89
REFERENCES	90
BIBLIOGRAPHIE	92
1. LIVRES	92
2. ARTICLE DE COLLOQUE	92
3. ARTICLES DE REVUE	92
4. THESES	92
5. RAPPORT	93
6. DOCUMENTS	93
7. PAGES WEB	94
8. COURRIEL	95
TABLE DES MATIERES	96

FOULATIER Marie-Céline

« ETAT DES LIEUX DE LA NON-OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION DES SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE DANS LE POST-PARTUM A L'HOPITAL MERE-ENFANT DE LIMOGES »

103 pages

Mémoire de fin d'études - Ecole de sages-femmes de Limoges - 2013

Résumé :

La non-observance des séances de rééducation périnéale prescrites dans le post-partum est un phénomène connu.

Cela a pour effet d'augmenter la prévalence des troubles périnéaux. De plus, elle génère de lourdes dépenses en matière de Santé Publique.

L'idée de l'incontinence urinaire comme fatalité à des âges avancés, en rapport avec les différents accouchements vécus, est ancrée dans l'esprit de nombreuses femmes. Cette idée est encouragée par la banalisation de ces troubles par les médias.

Ce mémoire s'intéresse au taux de non observance de la rééducation du périnée en post-partum afin d'en analyser les raisons. L'étude a été réalisée par le biais d'un questionnaire auprès des accouchées de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges interrogées à distance de leur accouchement.

Cette étude décrit des caractéristiques communes aux femmes n'observant pas les prescriptions de rééducation.

L'objectif est d'améliorer les prises en charge pour diminuer la non observance des prescriptions. Cette démarche pourrait notamment passer par le perfectionnement de l'éducation et l'apport des informations dispensées pendant et après leur grossesse.

Mots Clés :

Rééducation périnéale - Post-partum - Observance - Informations