

2020-2021

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en médecine générale

**Rééducation pelvi-périnéale
en médecine générale**

Étude qualitative auprès des médecins généralistes
des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et
de la Mayenne

LEBRETON Marie

Née le 27 avril 1992 au Mans (72)

BURON Noémie

Née le 08 juillet 1993 au Mans (72)

Sous la direction du Dr GHALI Maria

Membres du jury

Mme le Professeur de CASABIANCA Catherine | Présidente

Madame le Docteur GHALI Maria | Directrice

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Membre

Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile | Membre

Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
4 février 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LEBRETON Marie.....
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BURON Noémie.....
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre | Physiologie | Médecine |
| ANNWEILER Cédric | Gériatrie et biologie du vieillissement | Médecine |
| ASFAR Pierre | Réanimation | Médecine |
| AUBE Christophe | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| AZZOUI Abdel Rahmène | Urologie | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| BENOIT Jean-Pierre | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| BEYDON Laurent | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| BIGOT Pierre | Urologie | Médecine |
| BONNEAU Dominique | Génétique | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| BOUVARD Béatrice | Rhumatologie | Médecine |
| BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| BRIET Marie | Pharmacologie | Médecine |
| CAILLIEZ Eric | Médecine générale | Médecine |
| CALES Paul | Gastroentérologue ; hépatologie | Médecine |
| CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-xavier | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CHAPPARD Daniel | Cytologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| CONNAN Laurent | Médecine générale | Médecine |
| COUTANT Régis | Pédiatrie | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | Physiologie | Médecine |
| DE CASABIANCA Catherine | Médecine Générale | Médecine |
| DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique | Médecine |

| | | |
|--------------------------|---|-----------|
| D'ESCATHA Alexis | Médecine et santé au Travail | Médecine |
| DINOMAIS Mickaël | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie | Médecine |
| DUBEE Vincent | Maladies Infectieuses et Tropicales | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| DUVAL Olivier | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie | Médecine |
| EVEILLARD Mathieu | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| FAURE Sébastien | Pharmacologie physiologie | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie | Médecine |
| FURBER Alain | Cardiologie | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie | Médecine |
| GARNIER François | Médecine générale | Médecine |
| GASCOIN Géraldine | Pédiatrie | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie d'adultes | Médecine |
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| GUILET David | Chimie analytique | Pharmacie |
| HAMY Antoine | Chirurgie générale | Médecine |
| HENNI Samir | Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire | Médecine |
| HUNAULT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| JEANNIN Pascale | Immunologie | Médecine |
| KEMPF Marie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| LACCOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie | Médecine |
| LAGARCE Frédéric | Biopharmacie | Pharmacie |
| LARCHER Gérald | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| LEGENDRE Guillaume | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| LEGRAND Erick | Rhumatologie | Médecine |
| LERMITE Emilie | Chirurgie générale | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | Médecine Intensive-Réanimation | Médecine |
| LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| MARCHAIS Véronique | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic | Dermato-vénérérologie | Médecine |
| MAY-PANLOUP Pascale | Biologie et médecine du développement et De la reproduction | Médecine |
| MENEI Philippe | Neurochirurgie | Médecine |

| | | |
|------------------------------|--|-----------|
| MERCAT Alain | Réanimation | Médecine |
| MERCIER Philippe | Anatomie | Médecine |
| PAPON Nicolas | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine | Chimie générale | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | Pédiatrie | Médecine |
| PETIT Audrey | Médecine et Santé au Travail | Médecine |
| PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | Génétique | Médecine |
| PRUNIER Delphine | Biochimie et Biologie Moléculaire | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | Cardiologie | Médecine |
| REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| RICHOMME Pascal | Pharmacognosie | Pharmacie |
| RODIEN Patrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine |
| ROUSSELET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | Thérapeutique | Médecine |
| SAULNIER Patrick | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis | Chimie organique | Pharmacie |
| TRZEPIZUR Wojciech | Pneumologie | Médecine |
| UGO Valérie | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| URBAN Thierry | Pneumologie | Médecine |
| VAN BOGAERT Patrick | Pédiatrie | Médecine |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| VERNY Christophe | Neurologie | Médecine |
| WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| ANGOULVANT Cécile | Médecine Générale | Médecine |
| BAGLIN Isabelle | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | Immunologie | Médecine |
| BELIZNA Cristina | Médecine interne | Médecine |
| BELLANGER William | Médecine générale | Médecine |
| BELONCLE François | Réanimation | Médecine |
| BENOIT Jacqueline | Pharmacologie | Pharmacie |
| BIERE Loïc | Cardiologie | Médecine |
| BLANCHET Odile | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| BOISARD Séverine | Chimie analytique | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CASSEREAU Julien | Neurologie | Médecine |
| CHAO DE LA BARCA | Juan-Manuel | Médecine |
| CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire | Médecine |
| CLERE Nicolas | Pharmacologie / physiologie | Pharmacie |
| COLIN Estelle | Génétique | Médecine |
| DERBRE Séverine | Pharmacognosie | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline | Bactériologie virologie | Pharmacie |
| FERRE Marc | Biologie moléculaire | Médecine |
| FORTRAT Jacques-Olivier | Physiologie | Médecine |
| HAMEL Jean-François | Biostatistiques, informatique médicale | Médicale |
| HELESBEUX Jean-Jacques | Chimie organique | Pharmacie |
| HINDRE François | Biophysique | Médecine |
| KHIATI Salim | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine | Médecine Générale | Médecine |
| KUN-DARBOIS Daniel | Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie | Médecine |
| LACOEUILLE Franck | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| LEBDAL Souhil | Urologie | Médecine |
| LANDREAU Anne | Botanique/ Mycologie | Pharmacie |
| LEBDAL Souhil | Urologie | Médecine |
| LEGEAY Samuel | Pharmacocinétique | Pharmacie |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | Pharmacognosie | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise | Chimie générale | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | Biologie cellulaire | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | Histologie | Médecine |

| | | |
|-----------------------------|---|-----------|
| LUQUE PAZ Damien | Hématologie; Transfusion | Médecine |
| MABILLEAU Guillaume | Histologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| MALLET Sabine | Chimie Analytique | Pharmacie |
| MAROT Agnès | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| MESLIER Nicole | Physiologie | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | Philosophie | Médecine |
| NAIL BILLAUD Sandrine | Immunologie | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène | Bactériologie-virologie | Médecine |
| PAPON Xavier | Anatomie | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| PECH Brigitte | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | Sociologie | Médecine |
| PIHET Marc | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| PY Thibaut | Médecine Générale | Médecine |
| RAMOND-ROQUIN Aline | Médecine Générale | Médecine |
| RINEAU Emmanuel | Anesthésiologie réanimation | Médecine |
| RIOU Jérémie | Biostatistiques | Pharmacie |
| ROGER Emilie | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| SAVARY Camille | Pharmacologie-Toxicologie | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise | Chirurgie infantile | Médecine |
| SCHINKOWITZ Andréas | Pharmacognosie | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET Laurence | Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique | Pharmacie |
| TANGUY-SCHMIDT Aline | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine | Médecine Générale | Médecine |
| VENARA Aurélien | Chirurgie générale | Médecine |
| VIAULT Guillaume | Chimie organique | Pharmacie |

PROFESSEURS EMERITES

| | | |
|---------------------|-------------------------------------|----------|
| Philippe MERCIER | Neurochirurgie | Médecine |
| Dominique CHABASSE | Parasitologie et Médecine Tropicale | Médecine |
| Jean-François SUBRA | Néphrologie | Médecine |

AUTRES ENSEIGNANTS

| | | |
|-----------------------|------------------|-----------|
| AUTRET Erwan | Anglais | Médecine |
| BARBEROUSSE Michel | Informatique | Médecine |
| BRUNOIS-DEBU Isabelle | Anglais | Pharmacie |
| CHIKH Yamina | Économie-Gestion | Médecine |
| FISBACH Martine | Anglais | Médecine |
| O'SULLIVAN Kayleigh | Anglais | Médecine |

Mise à jour la 09/12/2019

REMERCIEMENTS

Remerciements communs

A Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute notre reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.

A Madame le Docteur GHALI Maria,

Merci d'avoir dirigé ce travail si passionnant. Nous souhaitons t'exprimer notre plus profonde reconnaissance pour la quantité impressionnante de travail que tu as abattu pour nous aider dans cette thèse. Tu nous as toujours aidé avec pertinence et rigueur. Tu as été d'une grande rapidité dans tes réponses et d'une disponibilité sans faille. Tes réflexions et tes commentaires précieux nous ont beaucoup aidé pour avancer dans nos problématiques. Merci évidemment pour les nombreuses relectures !

A Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de thèse. Il était important à nos yeux de pouvoir présenter ce travail à un spécialiste, et nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Recevez ici toute notre reconnaissance.

A Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Madame le Docteur TESSIER-Cazeneuve Christine

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre sujet et de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury de thèse.

Nous tenons à remercier très chaleureusement **tous les médecins généralistes** qui ont pris de leur temps si précieux pour nous aider à réaliser ce travail.

Remerciements de Marie

Je remercie sincèrement Noémie d'avoir réalisé cette thèse avec moi. Pour ton travail et ta détermination sans lesquels cette thèse n'aurait pas pu être possible. C'était un plaisir de travailler à tes côtés, on ne change pas une équipe qui gagne. Merci pour ces belles années passées ensemble, l'externat puis l'internat. Et maintenant, quand on se reverra Nono, ce ne sera plus pour travailler autour de cette thèse mais pour se détendre autour de bons dîners. Malheureusement pour moi, je ne verrais plus ta belle clio blanche et ton GPS mappy super puissant. Merci d'être cette amie fidèle que j'espère garder à mes côtés.

A mes deux amours, Gabriel et Paul, pour le bonheur que vous m'apportez chaque jour. Merci, mon ange pour l'aide que tu m'as apportée dans ce travail de thèse et durant mon internat, avec tout mon amour. A notre petit Paul, le démont de minuit qui a endiablé nos nuits.

A ma maman, pour ton écoute, ton soutien et ton aide tout au long de ces années. Tu m'as toujours soutenue et réconfortée quand il le fallait à n'importe quelle heure. Je ne t'en remercierai jamais assez. Merci pour l'aide que tu m'apportes chaque jour, notamment pour Paul.

A mon papa, pour toutes les réparations en tout genre, pour tes encouragements et pour l'amour paternel que tu me témoignes, tu es l'épaule sur laquelle je m'appuie, tu m'es si précieux...

C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Mon amour pour vous est sans faille.

A mon frère Emilien et ma sœur Julia, pour leur présence depuis toujours et les excellents moments que nous passons régulièrement ensemble. Avec toute mon affection et mon amour.

A Papy et Mamie, pour m'avoir accompagnée toutes ces années, de nous avoir gardé avec Mimille pendant presque un an ; à toutes les virées après l'école dans la bêteillère de papy et à notre hamster « Carabine ».

Une pensée particulière pleine d'affection pour toi, mamie chérie, qui est partie trop vite...

A toute ma famille, oncles et tantes, cousins et cousines, à tous ces beaux moments passés ensemble, peut-être plus particulièrement à tata Jojo et tata Sylvie, qui ont toujours été de bons soutiens pour le meilleur et pour le pire, dans la joie et la bonne humeur. Vous savez comme vous comptez pour moi.

A mon tonton Jean-mi, mon parrain, pour ces soirées dansantes, ces cheminés et tous nos fous rires sur les skis ou dans la neige...

A ma belle-famille et leurs amies pour leur gentillesse, leur accueil, de m'avoir soutenue et accompagnée, chacun à sa manière, tout au long de mes études. Merci plus particulièrement à Pascale pour tout ; et surtout d'avoir gardé Paul à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit pour que je puisse travailler et me reposer.

Merci à mes premiers maitres de stage de médecine générale ainsi qu'à mes maîtres de stage de SASPAS, vous m'avez tous fait découvrir et apprécier cette discipline. J'adresserais peut-être un plus grand merci à Christine, qui m'a ouvert les yeux et le cœur sur ma vie personnelle. Merci pour ton soutien sans faille et sans limite. Merci aux médecins qui m'ont fait découvrir ce monde particulier mais très intéressant de la protection de l'enfance. Merci aussi à tous les autres médecins qui m'ont accompagné et instruit durant mon internat et externat.

A Lucille Durand, qui m'a transmis l'amour de son travail de kinésithérapeute, et sa passion pour le périnée, merci pour toute la documentation fournie ainsi que toutes les iconographies que tu as réalisé de tes propres mains. C'est en partie grâce à toi que cette thèse a vu le jour...

A Marie-Laurence, pour cette foi inébranlable que tu m'as transmis et continues de me communiquer et à tous ces chants partagés. Quel bonheur d'avoir une marraine de confirmation comme toi.

Merci à Louise et Charlotte d'avoir toujours répondu présentes, pour des voyages, des soirées à n'en plus finir, merci pour toutes ses années d'amitié qui me réchauffent le cœur.

Merci à Sego et Benji, toujours présents, toujours joyeux, que des moments de bonheur et de partage avec vous.

A mes quelques amies de Lycée et mon unique amie de P1, que je n'oublierais jamais et que j'ai toujours le bonheur de voir, ainsi que leurs enfants.

Merci à tous les copains d'externat pour toutes les soirées à l'internat, à la Trinquette, à la Chevalerie, les soirées déguisées, aux week-end à Noirmoutier, à tous ces bons moments passés ensemble.

A mes amis et amies d'Angers et d'ailleurs, rencontrés tout au long de mon chemin, merci d'être présents tout simplement.

Merci à Marine Barnérias et Sainte Thérèse de Lisieux de m'avoir ouvert le cœur et l'esprit par vos ouvrages.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Noémie

A Elsevier Masson et à tous les collèges d'enseignants,
Un grand merci de m'avoir fourni de quoi occuper mes après-midi, week-end, soirées...je ne sais pas ce que j'aurais fait de ma jeunesse sinon !

A mes différents maitres de stage,
Merci pour leur bienveillance, j'ai beaucoup appris à vos côtés. J'ai sans doute un peu de chacun de vous dans ce qui a construit le professionnel que je suis aujourd'hui et que je serai demain.

A Stéphanie Bourgoin,
Merci de m'avoir fait découvrir ton métier, et d'avoir ancré ce travail de thèse dans du concret. Tu es une professionnelle attentive, consciencieuse, et extrêmement douée, tes patients ont beaucoup de chance de t'avoir.

A mes copains d'externat,
Un énorme merci à tous les copains d'externat pour m'avoir rendue la vie si douce, pour m'avoir fait rire, et pour continuer d'être là (j'attends la prochaine chorégraphie avec impatience !!).
J'ai une pensée émue pour toutes ces post-partiels passées avec mes acolytes d'amour, et si nous étions parfois chancelantes (mal de mer sur la Péniche ?) debout nous étions le lendemain !

Aux copains d'internat,
Romain, Marie-Lys, Kevin, Joël, Bernadette, Alice, Camille, et à tous les autres...merci à vous !! Heureusement qu'il n'y pas un quota de bons moments dans la vie car je l'aurais déjà épuisée avec vous ! J'espère vous avoir à mes côtés encore longtemps, vous êtes précieux !

A ma co-interne Hélène,
Je ne voulais pas que tu boudes, alors te voilà dans les remerciements. Merci à toi d'avoir rendu mon dernier stage d'interne si doux et si drôle, j'espère un jour goûter à tes asperges façon gastro !

A mon Gringo,
Désormais bien loin de ton Sceaux-sur-Huisne natal (ne m'en veux pas de falsifier quelque peu ta biographie), tu manques à ma vie comme le sel au beurre doux. Toi qui m'avais prêté mille destinées de la cardiologue danseuse de tango, à la grande spécialiste en proctologie, je suis finalement devenue médecin généraliste réduisant à néant ta possibilité de reconversion en diseuse de bonne aventure. Dans ma boule de cristal, je nous vois vieux amis, ridés d'avoir trop ri.

Ta Gringa fidèle

REMERCIEMENTS

A Marie chérie, ma co-thésarde,
Merci d'être celle qui peut chanter des cantiques à vous remuer l'âme, tout en étant capable de chercher « ses godillots ». Merci pour tes rocks endiablés, et ton épaule attentive. Merci pour ton énergie à toute épreuve pendant cette aventure, tu as été le carburant à mon moteur diesel ! Tu es quelqu'un de courageux, de généreux, et d'infiniment bon. Tu es une amie dévouée et une mère épataante.

A mes boules de poils,
Je m'énerve quand vous mettez des poils partout mais je n'envisage plus ma vie sans vous,

A ma famille,
A mes oncles adorés, ma tante chérie d'amour et son Fred, leur Baby Sam, petit ange de la famille,
A mes grands-parents aimants, Papy et Mamie
Je vous aime fort

Et tout particulièrement merci à mes parents qui n'ont cessé de m'encourager et de croire en moi. Merci à toi Maman pour avoir fait trembler les murs le jour de mon zéro sur dix, merci à toi Papa pour ta pugnacité afin que je vienne à bout de la table de sept, ça m'a donné le goût de l'effort !

Je ne peux que vous remercier et saluer vos sacrifices. J'espère vous rendre fiers, moi je suis fière en tout cas de ce vous avez accompli et permis d'accomplir, je vous admire beaucoup.

A Léa ma petite sœur pas si petite,
Tu es la seule à pouvoir me redonner le sourire lorsque j'ai pourtant très envie de rester fâchée,

*« Personne ne croit en toi comme j'y crois
Personne, personne »*

A Tristan,
Merci d'avoir embellie ma vie, je ne pensais la voir un jour bouleversée d'une si belle façon, Depuis que tu es là, je n'ai plus peur que d'une chose : être victime d'un délire onirique et m'apercevoir que tout ça n'était un rêve, un mirage.
Mais je t'en prie, si c'est le cas, ne me réveille pas, car je suis comblée (et de mauvaise humeur le matin). Je t'aime.

*« Mon amour ce qui fut sera
Le ciel est sur nous comme un drap
J'ai refermé sur toi mes bras
Et tant je t'aime que j'en tremble
Aussi longtemps que tu voudras
Nous dormirons ensemble. »*

Louis Aragon Nous dormirons ensemble

Liste des abréviations

| |
|---|
| AMK : Actes pratiqués par le Masseur-Kinésithérapeute |
| ANDEM : Agence Nationale pour le Développement l'Évaluation médicale |
| ARREP : Association Réseau Rééducation en Pelvi-périnéologie |
| CMP : Connaissance et Maitrise du Périnée |
| CORREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research |
| DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés |
| DIU : Diplôme Inter-Universitaire |
| DPC : Développement Professionnel Continu |
| EMS : Stimulation Musculaire Electrique |
| ESF : ÉlectroStimulation Fonctionnelle |
| FMC : Formation Médicale Continue |
| HAS : Haute Autorité de Santé |
| IA : Incontinence Anale |
| ICIQ : International Consultation on Incontinence Questionnaire |
| ICIQ-SF : International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form |
| ICS : International Continence Society |
| IETL : Intravaginal Ejaculatory Latency Time |
| IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie |
| IIQ : Incontinence Impact Questionnaire |
| IU : Incontinence Urinaire |
| IUE : Incontinence Urinaire d'Effort |
| IUM : Incontinence Urinaire Mixte |
| IUU : Incontinence Urinaire par Urgenturie |
| KHQ : King's Health Questionnaire |
| MG : Médecin Généraliste |
| MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin |
| MK : Masseurs-Kinésithérapeutes |
| OAB-q : Overactive bladder questionnaire |
| RPP : Rééducation Pelvi-Périnéale |
| SIREPP : Société Internationale de Rééducation En Pelvi-Périnéologie |
| SF-36 : Short Form 36 |
| SF7 : Acte pratiqué par une Sage-Femme |
| RPDI : Réflexe Périnéo-Detrusorien Inhibiteur |

TENS : Transcutaneaous Electrical Nerve Stimulation

TFI : Trouble Fonctionnel Intestinal

TVT : Tension free Vaginal Tape

VPE : Verrouillage Périnéal à l'Effort

RESUME

INTRODUCTION

1. Généralités

2. Les troubles pelvi-périnéaux

2.1. Troubles vésico-sphinctériens

2.1.1. L'incontinence urinaire

a) Chez la femme

b) Chez l'homme

c) Chez l'enfant : énurésie

2.2. Troubles de la statique : le prolapsus pelvien

2.3. Troubles ano-rectaux

2.3.1. La constipation terminale

2.3.2. L'incontinence anale

2.3.3. Constipation chez l'enfant : cas particulier de l'encoprésie

2.4. Troubles sexuels et douleurs périnéales

2.4.1. Dyspareunie

2.4.2. L'Endométriose

2.4.3. Dysfonction érectile et éjaculation précoce

2.5. En post-partum

3. Anatomie du périnée

4. La rééducation pelvi-périnéale et ses différentes méthodes

4.1. Bref historique

4.2. Déroulement d'une séance

4.3. Les différentes méthodes

4.3.1. La rééducation manuelle

4.3.2. La rééducation par biofeedback instrumental

4.3.3. La rééducation par électrostimulation fonctionnelle (ESF)

4.3.4. La rééducation comportementale

4.3.5. Les autres méthodes

4.3.6. Les dispositifs d'auto-rééducation :

a) Les appareils d'électrostimulation :

- b) Les appareils de biofeedback

5. Problématique

MATERIELS ET METHODE

RÉSULTATS

Caractéristiques des entretiens

Caractéristiques des participants

Résultats des entretiens

1. Le regard des médecins généralistes sur la rééducation pelvi-périnéale

- 1.1. Le test des cinq mots
- 1.2. La vision du périnée par les médecins généralistes
- 1.3. L'impact de l'expérience personnelle
- 1.4. Le regard des médecins généralistes sur les différentes méthodes de rééducation
- 1.5. L'efficacité
- 1.6. Les alternatives thérapeutiques à la rééducation pelvi-périnéale
- 1.7. Le rôle des médias

2. Patients et rééducation pelvi-périnéale

- 2.1. Leur profil
- 2.2. Ressenti patient et altération de la qualité de vie

3. La pratique du médecin généraliste dans la rééducation pelvi-périnéale

- 3.1. Les indications
- 3.2. Les habitudes de prescription
- 3.3. Les circonstances d'abord en consultation
- 3.4. Le rôle des médecins généralistes
- 3.5. Les freins pour le médecin généraliste

4. L'importance du réseau

- 4.1. L'expertise spécialisée
- 4.2. La prise en charge pluri-professionnelle

5. La formation

- 5.1. Les différents moyens de formation
- 5.2. Autocritique des connaissances

5.3. Pistes d'amélioration de la formation et impact du travail de thèse

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces

2.2. Limites

3. Comparaison avec les données de la littérature

3.1. La vision du périnée

3.2. L'adhésion

3.3. Rééducation pelvi-périnéale : efficacité et recommandations

3.4. Balance bénéfice/risque

3.5. Les formations professionnelles sur la rééducation

3.5.1. Les sages-femmes

3.5.2. Les kinésithérapeutes

3.5.3. Les médecins

CONCLUSION

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Les deux chercheurs ont conjointement réalisé les entretiens, l'analyse des résultats et la rédaction du manuscrit.

RESUME

INTRODUCTION

Les troubles pelvi-périnéaux regroupent un ensemble tels que l'incontinence urinaire, la constipation terminale, les douleurs pelviennes chroniques et même certains troubles sexuels. Ces troubles sont extrêmement prévalents et ont souvent des conséquences psychologiques lourdes pour ceux qui en souffrent. La rééducation pelvi-périnéale (RPP) peut être une des options thérapeutiques pour leur prise en charge mais ses indications en soins primaires semblent encore méconnues des médecins généralistes (MG).

L'objectif de ce travail était d'identifier les déterminants de la prescription de la RPP en médecine générale.

METHODES

Étude qualitative par analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de MG des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de Mayenne, répondant à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ. Après retranscription des données, un double codage a été réalisé avec une triangulation des données, selon une théorisation ancrée.

RESULTATS

Vingt-deux entretiens ont été réalisés entre février et avril 2020. La saturation des données a été atteinte. Les MG interrogés prescrivaient la RPP majoritairement dans deux indications : les troubles du post-partum et l'incontinence urinaire d'effort de la femme ménopausée. En revanche, ils étaient moins à l'aise avec sa prescription chez l'homme ou chez l'enfant. Les indications dans les troubles ano-rectaux étaient rarement citées. Les MG avaient une bonne connaissance des méthodes utilisées. Peu d'entre eux étaient prescripteurs des appareils d'auto-rééducation, estimant nécessaire la prise en charge chez un professionnel en amont. Ils étaient globalement satisfaits du bénéfice de la RPP et rapportaient une adhésion relativement bonne de la plupart des patients. La plupart jugeaient leur formation insuffisante sur le sujet mais n'envisagent pas forcément de compléter leur formation. Enfin, la totalité des médecins interrogés s'accordaient sur le fait que le dépistage des troubles pelvi-périnéaux faisait partie intégrante du rôle du MG.

CONCLUSION

La RPP est désormais recommandée en première intention dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ainsi que chez les femmes symptomatiques en post-partum. Elle semblerait efficace en post-chirurgie (prostatectomie ou chirurgie digestive), et semble prometteuse dans de nombreuses autres indications mais d'autres études doivent être faites pour le confirmer.

Mots-clés : rééducation pelvi-périnéale, médecine générale, recherche qualitative, troubles pelvi-périnéaux, prescription

INTRODUCTION

1. Généralités

Actuellement, les troubles périnéaux-sphinctériens, de par leur prévalence, leur coût et leur impact psychologique sont de véritables enjeux de santé publique. Les troubles pelvi-périneaux regroupent les troubles vésico-sphinctériens, ano-rectaux, génito-sexuels mais aussi les douleurs périnéales. Ces troubles concernent une grande partie de la population, tous les sexes et toutes les classes d'âge étant concernés, à des niveaux différents. On estime par exemple qu'un quart des femmes présenteront une incontinence urinaire (IU) au cours de leur vie. Il semble aujourd'hui qu'une approche globale et multidisciplinaire soit nécessaire à la gestion de ces troubles, faisant appel aux compétences du MG, du spécialiste (gynécologue, urologue, pédiatre, gastro-entérologue...) et des professionnels du secteur paramédical (kinésithérapeutes, sages-femmes, psychologues...).

2. Les troubles pelvi-périnéaux

2.1. Troubles vésico-sphinctériens

2.1.1. L'incontinence urinaire

On estime aujourd'hui à plus de 6 millions de français le nombre de personnes touchées par l'IU (1). Le poids financier de l'IU fait de cette pathologie un réel problème de santé publique. En effet, le coût annuel de l'IU évalué par l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1995 était de 10 milliards de francs, soit 1 milliard 500 millions d'euros (2).

La RPP est désormais recommandée en 1^{ère} ligne dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez la femme (recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)) (3) et chez l'homme (recommandations de la société européenne d'urologie).

a) Chez la femme

L'IU concernerait 25 à 40% des femmes, avec deux pics, à 45-50 ans, lors de la ménopause, et après 75 ans (4). L'âge est un des principaux facteurs de risque de survenue de l'IU, auquel va s'ajouter la multiparité, les antécédents obstétricaux (accouchement par voie vaginale sans et avec atteinte périnéale), les antécédents de chirurgie pelvienne, un indice de masse corporelle élevé, et certaines autres comorbidités. Cependant, toutes les classes d'âge peuvent être concernées, à des degrés divers. On retrouve ainsi des études rapportant une prévalence de 10% à 14% d'IU chez les jeunes femmes (19-30 ans) (5).

b) Chez l'homme

En France, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent de l'homme de plus de 50 ans (près de 50 000 nouveaux cas par an) (6). Un homme sur 8 développera un cancer de la prostate avant l'âge de 75 ans (7). L'un des principaux traitements est la prostatectomie. Ainsi, sur les 30 000 prostatectomies totales réalisées chaque année, 1 homme sur 4 est touché par une incontinence persistante au-delà de 6 mois et 3% souffrent d'une incontinence invalidante (8). La RPP semblerait apporter un effet bénéfique sur la réduction des symptômes d'IU à court terme (9). Elle peut être aussi efficace après chirurgie pelvienne, notamment carcinologiques qui peuvent être particulièrement délabrantes (résection antérieure de rectum, cystectomie...) afin de limiter les IU et/ou fécales.

Il est à noter que la RPP seule ou associée au biofeedback ou à l'électrostimulation fonctionnelle (ESF) améliore les résultats d'une éventuelle chirurgie ultérieure dans un contexte d'IUE.

c) Chez l'enfant : énurésie

L'énurésie concernerait 15 à 20% des enfants à l'âge de 5 ans (10). Parmi ces enfants, 15% deviennent continents chaque année. La plupart du temps, il s'agit d'un problème de maturation vésicale, et des antécédents familiaux sont régulièrement retrouvés (11). En effet, la maturation vésicale passe par trois

stades : vessie infantile avec contraction réflexe du détrusor lors du remplissage de la vessie, ensuite vessie hyperactive avec contraction volontaire du sphincter externe de l'urètre mais défaut d'inhibition corticale, et la dernière étape d'acquisition du réflexe d'inhibition (12). La plupart du temps, ce réflexe s'acquiert avec le temps. Cependant, si les troubles persistent chez le grand enfant et que les conséquences psycho-sociales sont trop invalidantes, la RPP peut être proposée dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire via le biofeedback ou le Transcutaneaous Electrical Nerve Stimulation (TENS) notamment.

2.2. Troubles de la statique : le prolapsus pelvien

Environ 40% des femmes de plus de 50 ans ont un prolapsus, symptomatique ou non, visible lors de l'examen clinique (13). On estime que 7 à 10% des femmes vont subir une chirurgie de traitement du prolapsus. Les prolapsus des organes pelviens sont eux aussi fréquents. Leur prévalence est estimée de 2,9 à 11,4% selon les questionnaires de dépistage. Les questionnaires ne permettent de dépister que les prolapsus symptomatiques tandis que l'examen clinique est descriptif de l'anatomie et évalue la prévalence des prolapsus de 31 à 97% (14). En France, environ 20 000 implants de renfort pour traitement chirurgical du prolapsus pelvien sont vendus chaque année, soit au moins autant de femmes opérées (15).

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, la parité, et des antécédents familiaux de prolapsus. L'obésité, le port de charge répété et la constipation semblent avoir un rôle également, et doivent être pris en considération dans la prévention du prolapsus.

2.3. Troubles ano-rectaux

2.3.1. La constipation terminale

Elle se définit par « *un dysfonctionnement anorectal responsable de difficultés d'évacuation des matières* ». Il n'y a qu'à être passé en cabinet de médecine générale pour s'apercevoir que ce symptôme est extrêmement fréquent dans la population. De nombreuses études épidémiologiques le

confirment avec une prévalence moyenne autour de 16 % chez l'adulte, pour finalement atteindre jusqu'à 1/3 des patients de plus de 60 ans (16).

2.3.2. L'incontinence anale

La prévalence de l'incontinence anale (IA) varie selon les études de 2 à 24%, avec une moyenne entre 7 et 12% la plupart du temps (17). Cette prévalence augmente avec l'âge. De plus, seuls 10 à 30% des patients en parlent à leur médecin. Il faut bien penser à dépister chez ces patients une IU et/ou un prolapsus puisque l'association des troubles est fréquente.

L'IA, c'est-à-dire *la perte anale involontaire d'une partie du contenu intestinal*, n'est pas l'apanage de la femme âgée et multipare. En réalité, les facteurs de risque d'incontinence les plus souvent retrouvés sont les traumatismes obstétricaux, la chirurgie anale, les troubles de la statique pelvienne (rectocèle, périnée descendant), les causes neurologiques, les troubles des fonctions cognitives, les handicaps moteurs, et les personnes avec des troubles du transit préexistants (18).

La constipation terminale est à différentier de la constipation de transit (transit ralenti), puisqu'elle est avant tout sous-tendue par des difficultés d'évacuation des selles. Les critères de Rome définissent la constipation terminale comme une constipation associant au moins 2 des 3 critères suivants :

- Défaut d'évacuation rectale (parfois démontré par un test d'expulsion d'un ballonnet ou par imagerie).
- Contraction inadaptée des muscles du plancher pelvien puborectal ou sphincter anal, ou moins de 20% de relaxation en manométrie de la pression de base du sphincter anal.
- Force propulsive inadaptée, qu'on pourra travailler via la sangle pubo-rectale (Figure 1).

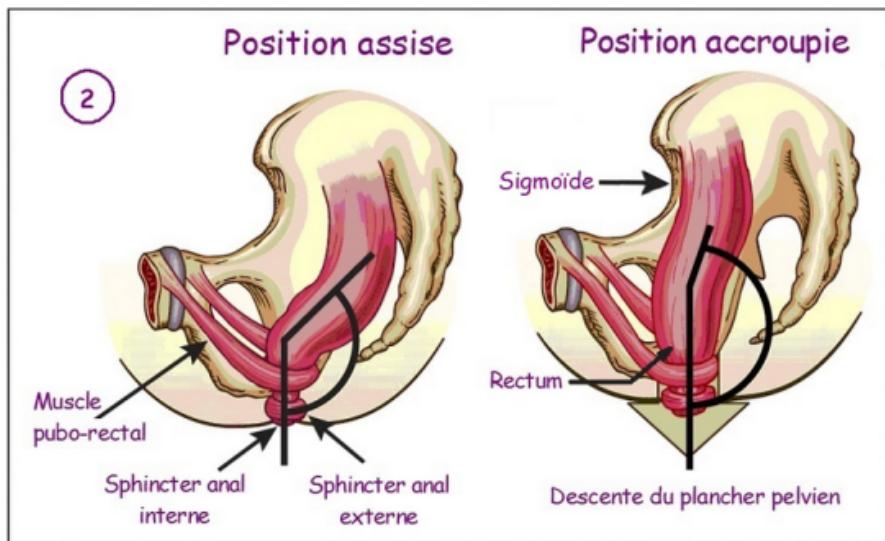


Figure 1. Rôle de la sangle pubo-rectale (Pelvis et prolapsus, EPANEWS)

En cas de suspicion clinique forte de constipation terminale, l'examen clinique en cabinet de médecine générale peut permettre de s'orienter de manière efficace. En effet, le « *toucher rectal a une sensibilité de l'ordre de 80 % dans le diagnostic de dyssynergie ano-rectale* ». On demande au patient de serrer le doigt pour étudier le tonus du sphincter anal puis on lui demande de pousser comme pour évacuer une selle, en apposant dans le même temps une main sur l'abdomen qui permet d'apprécier la présence d'un asynchronisme rendant la poussée inefficace ou bien carrément d'une contraction paradoxale du sphincter (19).

2.3.3. Constipation chez l'enfant : cas particulier de l'encoprésie

On estime que jusqu'à 30% des enfants d'âge scolaire sont ou ont été constipés, 95% étant d'origine fonctionnelle (20). Si la plupart du temps des conseils hygiéno-diététiques et un traitement laxatif peuvent suffire, certaines formes sévères de constipation peuvent aboutir à un tableau d'encoprésie. Cette dernière se définit par l'émission de selles de façon répétée dans un endroit inapproprié. Chez l'enfant, il s'agit de fuites de selles de façon involontaire en lien avec une impaction fécale dans le rectum sur constipation chronique. Elle peut avoir des répercussions psychologiques importantes en particulier chez le grand enfant. Ce trouble, relativement rare, concerne malgré tout 1 à 2%

des enfants en population générale. La RPP pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des cas complexes d'encoprésie, en utilisant plusieurs techniques basées sur la relaxation, l'apprentissage de l'anatomie et des mécanismes d'exonération, du biofeedback, de massages coliques (21).

2.4. Troubles sexuels et douleurs périnéales

2.4.1. Dyspareunie

Les douleurs lors des relations sexuelles, ou dyspareunies, concerneraient 8 à 20% des femmes. Une des causes les plus fréquentes de dyspareunie est la vestibulodynie se définissant par une « *douleur vive au toucher du vestibule ou lors d'une tentative de pénétration vaginale* ». Il n'existe à ce jour pas de traitements médicamenteux ou chirurgicaux efficaces. Les études sont cependant peu nombreuses sur le sujet, probablement car la sexualité féminine n'était pas jusque-là une préoccupation majeure de la communauté scientifique... Il faut donc penser ces douleurs comme des douleurs chroniques, et les gérer comme telles, de manière multimodale. La RPP semble avoir des applications très prometteuses dans ce domaine, notamment en « *augmentant la conscience de la musculature et la proprioception ; améliorant la discrimination et la relaxation musculaire ; normalisant la tonicité musculaire ; augmentant l'élasticité des tissus vaginaux et en désensibilisant la région douloureuse ; réduisant la peur reliée à la pénétration vaginale* ».

Pour atteindre ces différents objectifs, la RPP peut s'appuyer sur différentes méthodes qui incluent toujours l'éducation, les techniques manuelles, le biofeedback, l'ESF (y compris à distance via le TENS), ainsi que les exercices d'étirement et/ou de dilatation qui peuvent être reproduits à la maison par la patiente, et ainsi la rendre actrice de sa propre guérison.

2.4.2. L'Endométriose

L'endométriose toucherait 10% des femmes en âge de procréer et serait responsable d'environ 1/3 des consultations pour douleurs pelvi périnéales chroniques. Elle pourrait également bénéficier de la RPP afin de limiter les douleurs et l'impact psychologique majeur sur la qualité de vie des femmes qui

en sont atteintes, en témoigne cet article paru sur kineactu.fr, relayé par la société internationale de rééducation en pelvi-périnéologie (SIREPP) (22).

D'autres études, randomisées et contrôlées, sont nécessaires afin de pouvoir confirmer l'efficacité de la RPP dans la prise en charge des dyspareunies (23).

2.4.3. Dysfonction érectile et éjaculation précoce

La dysfonction érectile est un trouble commun avec une prévalence de 1 à 10 % des moins de 40 ans, de 2 à 9% des 40 à 49 ans, de 20 à 40% des 60 à 69 ans, chez les personnes âgées de plus de 70 ans, cette prévalence passe de 50 à 100% (24).

Certains troubles de l'érection comme l'éjaculation précoce sont liés à une déficience de la musculature périnéale, particulièrement des ischio-caverneux. La RPP des muscles bulbocaverneux est donc très utile dans les érections instables et dans les cas d'éjaculation précoce associée (Accord professionnel). Le traitement de l'éjaculation prématurée selon Urofrance comprend dix séances de 30 minutes de biofeedback avec contractions de la musculature striée sur sonde rectale, suivi sur écran. Ces méthodes améliorent l'Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) de 1,5 à 2,3 minutes chez 98 % des sujets et la satisfaction sexuelle chez 78% des patients.

2.5. En post-partum

Selon la Revue *Exercer* (25), l'IU à 2 mois de post-partum serait présente dans 15 à 40% des patientes. La revue de littérature de Villot *et al.* (26) de 2015 rapportait une prévalence de l'IA de 4 à 39% à 6 semaines post-partum.

3. Anatomie du périnée

Le périnée est constitué d'un ensemble de muscles et d'aponévroses qui forment ce que l'on appelle « le plancher pelvien » qui ferme le bassin. On peut le représenter de manière plus schématique comme un losange, délimité par le pubis en avant, les tubérosités ischiatiques sur les côtés et le coccyx en arrière

(Figure 2). On peut voir sur la Figure 3, les rapports étroits entre le plancher pelvien, la cavité abdominale, le rachis et le diaphragme.

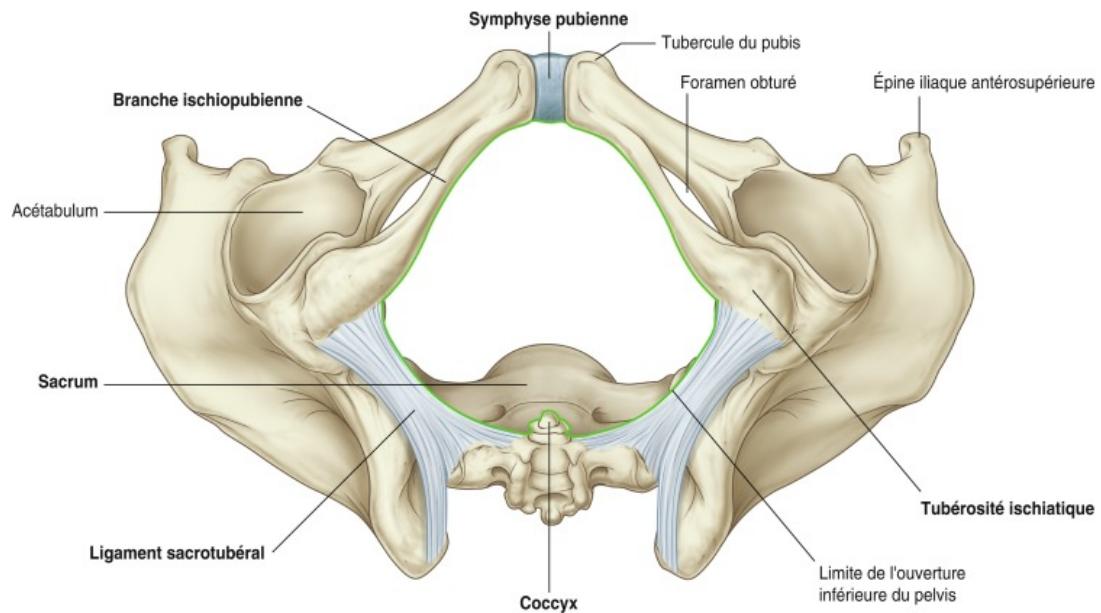


Figure 2. Ouverture inférieure du pelvis - Gray's Anatomie - Le manuel pour les étudiants

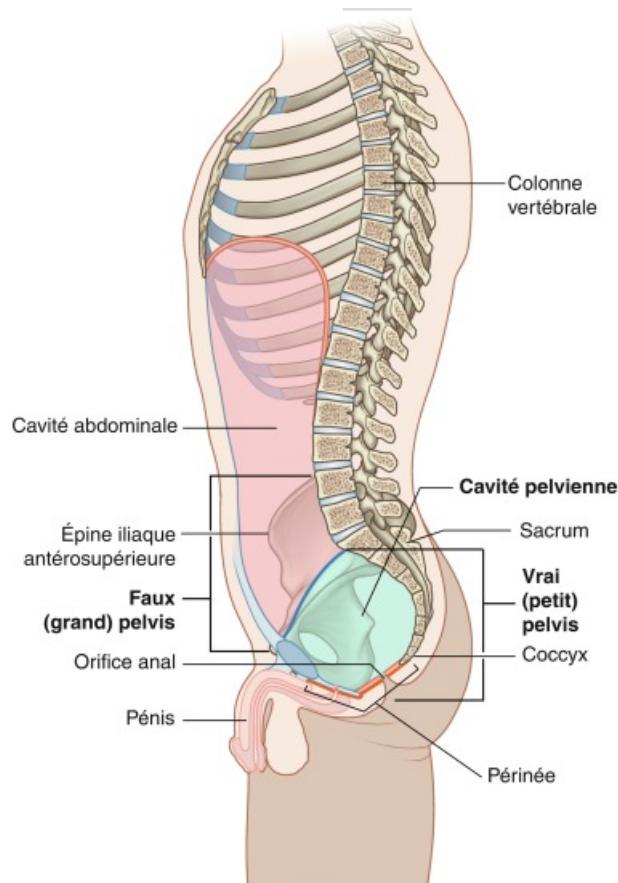


Figure 3. Périnée et pelvis : Gray's Anatomie - Le Manuel pour les étudiants

Ce losange peut lui-même être découpé en deux triangles (Figure 4) :

- Un triangle antérieur, dit « uro ».
- Un triangle postérieur dit « anal ».

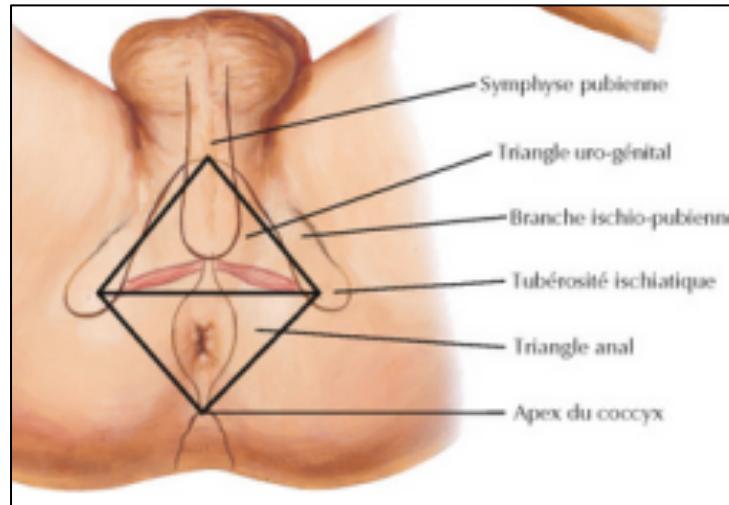


Figure 4. Périnée - Le grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique

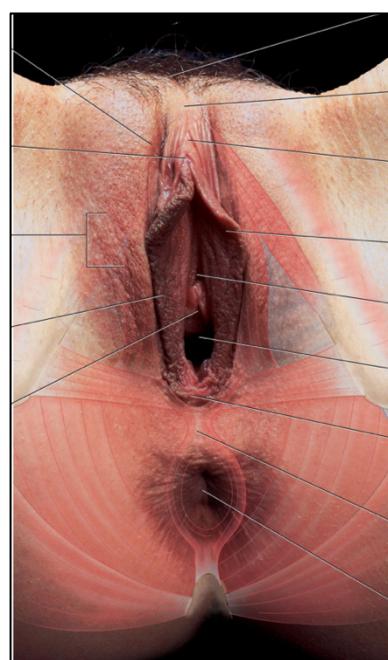


Figure 5. Anatomie de surface et plancher pelvien chez la femme - Le Grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique

Le périnée est divisé en 3 plans :

- Le plan superficiel, qu'on devine en anatomie de surface (Figure 5).
- Le plan moyen.
- Et le plan profond.

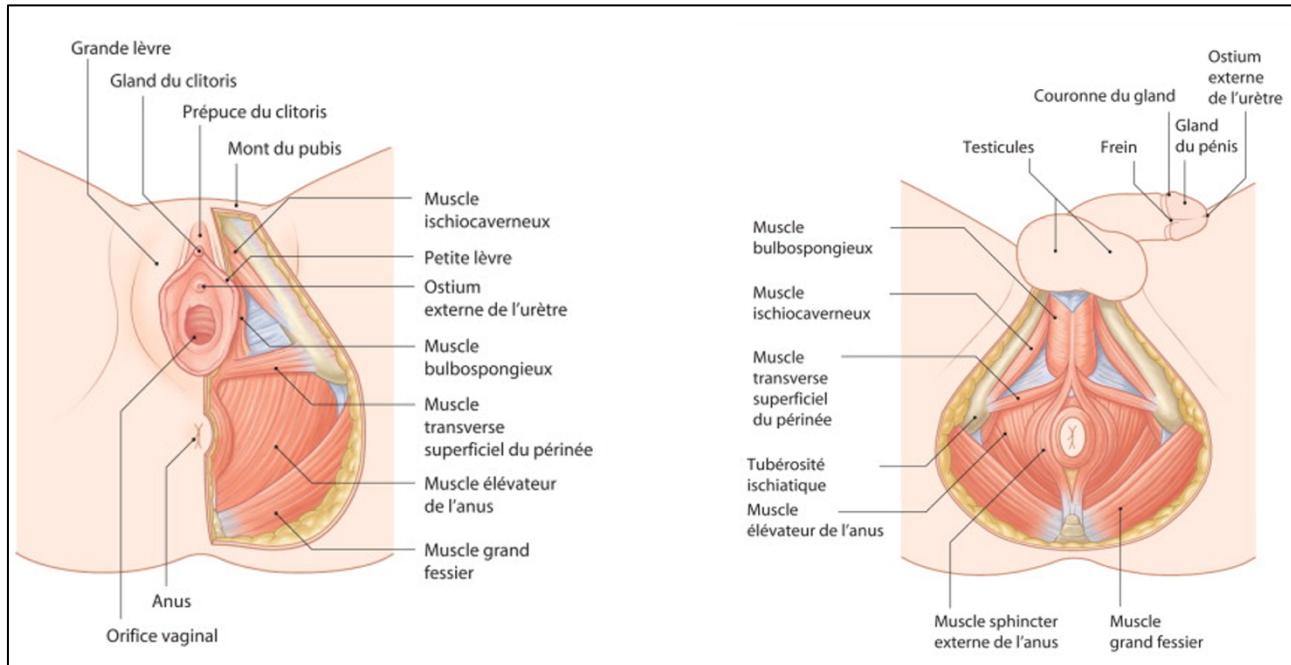


Figure 6. Périnée féminin et masculin - Le Grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique

Le plan superficiel comprend les muscles ischio-caverneux, les muscles bulbo-spongieux, les muscles transverses superficiels du périnée, et le muscle du sphincter anal en arrière (Figure 6).

Le plan moyen contient des fibres du muscle transverse profond de l'abdomen et le muscle du sphincter externe de l'urètre. Il constitue le diaphragme uro-génital.

Le plan profond comprend le muscle élévateur de l'anus (plusieurs faisceaux : ilio-coccygien, pubo-coccygien, pubo-rectal) et le muscle coccygien. (Figure 7).

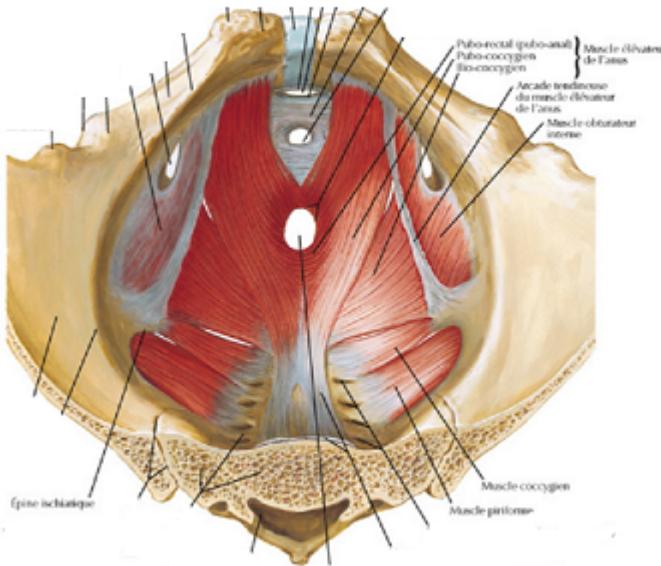


Figure 7. Vue supérieure diaphragmatique pelvien - Atlas d'anatomie Netter

4. La rééducation pelvi-périnéale et ses différentes méthodes

4.1. Bref historique

Parmi les différents moyens à notre disposition, la RPP est de plus en plus plébiscitée. Elle a pour objectifs d'améliorer le tonus, la mobilité, la force maximale, l'endurance et l'usage à bon escient des muscles du périnée en agissant sur les filières urologique, gynécologique et digestive. La notion de renforcement des muscles du plancher pelvien a été introduite pour la première fois en 1948 par Arnold KEGEL, mais il faudra attendre son remboursement en 1985 par la sécurité sociale, avant qu'elle ne connaisse un réel essor en France.

4.2. Déroulement d'une séance

Du fait de l'hétérogénéité des études et des présentations cliniques, il est difficile de déterminer le nombre de séances à réaliser. Le protocole est le plus souvent adapté au cas par cas aux situations rencontrées. En règle générale, 15 séances de 30 minutes sont nécessaires, à raison d'une à deux séances par semaine (27). La RPP est cotée SF7 dans la nomenclature générale des actes professionnels (coût par séance 19,60 € en 2016) pour les sages-femmes, et

AMK8 (coût 17,20 € par séance en 2016) pour les masseurs kinésithérapeutes (MK). Contrairement aux MK, la rééducation abdominale du post-partum (AMK7 (15,05€ par séance)) ne fait pas partie des compétences de la sage-femme.

Les principaux rôles de la RPP sont : 1) La restauration d'une contraction volontaire, 2) Un renforcement musculaire, 3) Une réadaptation fonctionnelle par le biais de différents exercices détaillés ci-dessous.

Déroulement des séances chez la femme

Préalablement à la prise en charge par le MK, un examen clinique théoriquement réalisé par le corps médical (gynécologue, urologue, MG) doit rechercher :

- Une asymétrie des muscles périnéaux secondaire à un traumatisme musculaire.
- Une mobilité urétrale anormale (Q-tip test) par manœuvre de soutènement para-urétral avec test de provocation à la toux.
- Un trouble de la trophicité vaginale. En effet, chez la femme ménopausée, un simple traitement ostrogénique local peut parfois s'avérer très efficace.

Notons que le schéma proposé ci-dessous est celui réalisé en pratique courante par deux MK spécialisées en pelvi-périnéologie, dans le cadre de troubles de la statique pelvienne de la femme (IU ou prolapsus). Cela ne rend pas compte des différents procédés utilisés par l'ensemble des MK. Cependant, compte tenu de la grande diversité des formations et des pratiques locales, il n'existe pas de prise en charge consensuelle.

➔ Les premières séances

Leur rôle est de réaliser un bilan initial des troubles en s'appuyant notamment sur un interrogatoire poussé (annexe 1) qui sera complété dans un second temps par un examen clinique. Les thérapeutes que nous avons rencontrés ne réalisaient pas d'examen clinique au cours de la première séance,

afin de mettre à l'aise les patients, de prendre un temps de discussion avec eux et de pouvoir cerner leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge en RPP.

L'anamnèse est la plus exhaustive possible et reprend tous les antécédents gynéco-obstétricaux, chirurgicaux, de rééducation antérieure, les habitudes de vie, la profession, le ou les sports pratiqués, les examens complémentaires déjà réalisés...

La première séance permet également d'appréhender les bases de l'éducation thérapeutique, en insistant sur la prise en charge des facteurs de risque précédemment décrits et sur le rôle du périnée, afin de préparer la prise de conscience. Pour faciliter l'adhérence au projet thérapeutique et la compréhension du fonctionnement des filières pelviennes, le professionnel de santé peut s'aider, par exemple, de schémas (annexe 2) ou de représentations 3D du pelvis.

Ces premières séances constituent un temps privilégié de la relation de soin qui servira à établir les bases de la relation de confiance patient-thérapeute, essentielles au bon déroulement de la RPP.

Les principaux points/éléments abordés lors des premières séances comprennent :

- Le calendrier mictionnel qui est un enregistrement prospectif des événements mictionnels par la patiente (annexe 3). Sa réalisation sur trois jours semble être la durée optimale en termes de compliance, de reproductibilité et de sensibilité. Il renseigne sur :
 - o L'hydratation : les heures d'ingestion, la qualité (recherche d'irritants vésicaux comme le café, le thé ou les boissons gazeuses) et la quantité (petite gorgée fréquente ou grand verre d'eau en une seule fois) des boissons ingérées. Il permet entre autres de dépister les excès de boissons responsables de polyurie (28).

- La fréquence mictionnelle, le temps entre deux mictions, la capacité à pouvoir différer ou non une petite envie.
- Les circonstances favorisants les fuites.

Le calendrier défécatoire s'inspire du même principe.

Le calendrier mictionnel est aussi un outil de reprogrammation mictionnelle utilisé comme repère par la patiente tout au long de la rééducation dans l'IU. Sa réalisation constitue le début de la rééducation elle-même car il permet bien souvent une amélioration fonctionnelle (Grade de recommandation B) (29).

- Le pad-test (test de pesée de couche) est la méthode de référence pour mesurer les pertes d'urines dans l'IU. Ce test comporte une limite temporelle (24 heures semblant la durée la plus sensible et reproductible), une épreuve normalisée pour déclencher des fuites et une caractérisation du degré de remplissage vésical. Ces seuils de significativité sont bien établis (0 à 5 g : pas d'incontinence ; 5 à 40 g : incontinence légère ; 40 à 80 g : incontinence modérée ; plus de 80 g : incontinence sévère (30)).
- L'examen clinique du MK comprend :
 - Une inspection détaillée de la vulve et du centre tendineux du périnée : fermeture, trophicité, distance ano-vaginale, sensibilité et recherche de cicatrice.
 - Les touchers vaginal et rectal permettent de mieux évaluer la trophicité, de réaliser un testing musculaire précis des différents plans existants et de rechercher un éventuel prolapsus.
 - Une évaluation de la prise de conscience des mouvements de contraction et de relâchement du périnée.

En cas de prolapsus associé à l'IU, les classifications de Baden et Walker ou Pop-Q proposées par l'international continence society (ICS) sont

recommandées. En pratique clinique courante, la première est la plus utilisée et permet de classer les prolapsus en quatre grades :

- Grade 0 : position normale de l'étage étudié.
 - Grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen.
 - Grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen.
 - Grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen.
 - Grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.
-
- Un examen morpho-statique : étude du bassin, du sacrum, de la colonne vertébrale, du diaphragme et des membres inférieurs.
 - Un examen abdominal : Aspect tissulaire, testing musculaire, existence de cicatrice ou de hernie abdominale.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'évaluation de la force musculaire pelvi-périnéale n'apporte que peu d'éléments pour diagnostiquer et prendre en charge une IU (elle ne permet pas de prédire le résultat de la rééducation ou de la chirurgie)(30).

➔ Séance nommée « Picasso »

Cette séance consiste en la visualisation instantanée par la patiente, à l'aide d'un miroir, de la région périnéale préalablement délimitée au feutre, et donc des mouvements du périnée (Figure 8). Le dessin est volontairement plus grand que le périnée anatomique car il s'agit de cerner la zone que l'on veut voir bouger.



Figure 8. Délimitation de la région pelvi-périnéale réalisée à l'aide des repères osseux lors de la séance dite "Picasso" (Reproduite avec l'autorisation de Lucille Durand et de la patiente)

➔ Les autres séances

Elles sont dédiées au travail périnéal (suivant différentes techniques présentées partie 4.3) et à la mise en pratique d'exercices de contraction périnéale au quotidien.

Dans l'IUE, on cherche notamment à mettre en pratique le verrouillage périnéal à l'effort (VPE, annexe 4) dont le but est d'anticiper la contraction périnéale (le périnée vieillissant perd une partie de sa capacité à se contracter de façon automatique). Cependant, un VPE mal réalisé (départ trop tardif ou arrêt trop précoce) peut être la cause de fuites persistantes.

- Dans l'incontinence urinaire par urgencie (IUU), la mise en jeu du réflexe périnéo-detrusorien inhibiteur (RPDI, annexe 5) lors de la contraction périnéale volontaire permet de différer la miction.
- Dans l'incontinence urinaire mixte (IUM) les deux exercices peuvent être utilisés.

VPE et RPDI sont deux fondamentaux qui doivent être parfaitement intégrés par les patientes afin qu'elles puissent les reproduire au quotidien.

Par ailleurs, ces séances sont l'occasion de renforcer l'éducation thérapeutique en insistant de nouveau sur l'appréhension des situations à risque et les conseils d'hygiène de vie. Comme lors des premières séances, afin de faciliter la compréhension, il peut être très intéressant de s'aider de simples schémas (comme ceux en annexe 6 insistants sur le fait qu'il ne faut pas pousser pour uriner et lorsqu'on va à la selle).

Ces séances insistent sur la nécessité de prendre en charge les différents facteurs de risque d'IU :

- Réduction pondérale.
- Diminution de la consommation de tabac, d'alcool et de caféine.
- Contrôle des apports hydriques (maximum 2 litres/jour) en évitant une consommation trop excessive en fin de journée.
- Activité physique régulière.

Chez certaines patientes, la prise en charge de la constipation constitue une part importante du traitement de l'IU. En effet, les phénomènes mécaniques liés à la compression abdominale et les efforts de poussée lors de la défécation sont à l'origine de neuropathies d'étirement du plancher pelvien. L'échelle de BRISTOL permet d'évaluer la consistance des selles et de guider la prise en charge thérapeutique (introduction de laxatifs oraux ou de suppositoires) dans le but d'améliorer la vidange et donc de rééduquer le rectum. Il est aussi nécessaire d'insister sur l'importance du positionnement lors de la défécation (annexe 6).

➔ Fin du suivi

Une séance à distance est réalisée, si besoin, à la demande des patientes. Elle permet de faire le point sur les changements d'habitudes. Elle peut avoir lieu à 1 mois puis 3 mois, et même renouvelée plusieurs fois à 3 mois d'intervalle.

Les séances prennent fin lorsqu'il n'est plus noté d'amélioration ou que la patiente se sent suffisamment autonome. Cependant, il est conseillé aux femmes de poursuivre les exercices de contractions musculaires

quotidiennement à domicile. En effet, l'efficacité de la RPP est fortement corrélée à la poursuite des exercices à domicile au long terme.

Notons que le schéma proposé chez l'homme (annexe 7) est celui réalisé en pratique courante par Lucille Durand (MK) ainsi que celui proposé chez l'enfant (annexe 8) par Stéphanie Bourgoin (MK)

4.3. Les différentes méthodes

4.3.1. La rééducation manuelle

La technique manuelle classique permet un contrôle de la contraction par le toucher vaginal, en insistant sur différents temps de contraction afin de solliciter les fibres de type phasiques ou rapides (30%) et les fibres de type toniques ou lentes (70%). Elle permet aussi un travail actif contre-résistance, celui-ci étant exercé par les doigts du thérapeute (31). Le travail manuel est une technique à grande diversité d'exercices. Il permet de faire varier le type de contraction (concentrique ou excentrique), de localiser la stimulation sur des faisceaux musculaires spécifiques et d'apprécier la qualité de la contraction et donc de favoriser la prise de conscience de la contraction périnéale (Grade de recommandation C). Cette méthode est à privilégier en cas d'inversion de commande périnéale (29). Elle permet un bon renforcement du plancher pelvien avec 55% de résultats corrects dans le temps (11% de guérison et 44% d'amélioration) (27). Le plus souvent, le praticien renvoie verbalement aux patientes les informations nécessaires pour effectuer un travail musculaire correct (feedback « verbal »).

4.3.2. La rééducation par biofeedback instrumental

Son objectif est la symbolisation de la contraction et de son intensité par la patiente (27). Elle est réalisée seulement après s'être assuré que le testing musculaire est supérieur à 2. Elle s'effectue par l'intermédiaire d'un appareil qui mesure l'activité électrique (en μ V) du plancher pelvien. Les capteurs sont le plus souvent électromyographiques au contact du périnée ou manométriques par l'intermédiaire de ballonnets endo-vaginaux. Les microcourants générés par la contraction et le relâchement musculaire sont transformés en un signal visuel

ou sonore perçu instantanément par la patiente (Figure 9). En essayant de modifier volontairement le signal observé (notamment par des exercices d'auto-correction), la patiente améliore le contrôle de la commande musculaire pelvi-périnéale (31). C'est un outil précis, objectif et très visuel pour les patientes. Il permet une prise en charge adaptée au patient, en proposant des séquences ciblées, notamment pour l'IUE, en faisant varier les temps de contraction, de relâchement, le nombre de répétition... Elle peut se réaliser debout et vêtu.

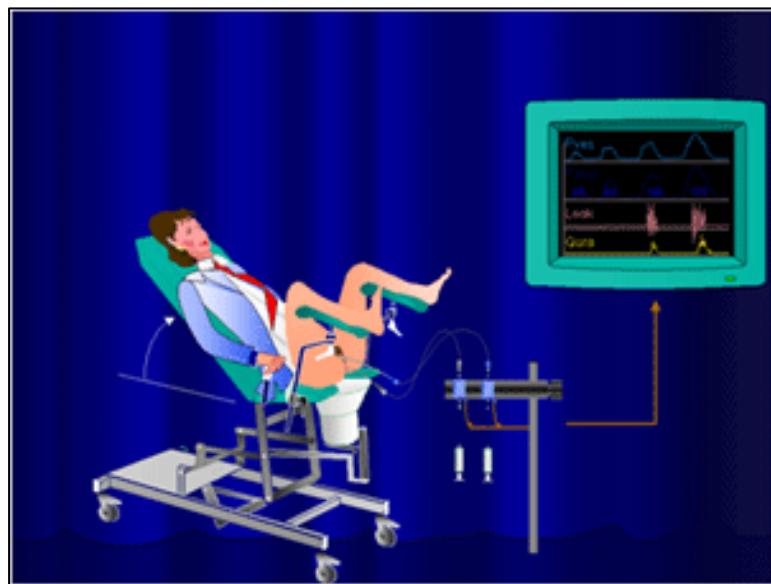


Figure 9. Rééducation par biofeedback instrumental (source www.sphere-sante.com)

Le biofeedback instrumental est plus efficace, permet une prise de conscience plus rapide et de meilleure qualité que le feedback verbal (Grade de recommandation C) (29).

4.3.3. La rééducation par électrostimulation fonctionnelle (ESF)

Elle peut être réalisée selon deux modalités :

- Avec sonde endo-vaginale : Un électrostimulateur émet des impulsions électriques afin de stimuler les muscles du périnée par l'intermédiaire d'une sonde (Figure 10). L'intensité de stimulation idéale permet de délivrer une impulsion efficace sans provoquer de douleur. Ses principales indications concernent l'IUE avec un testing musculaire inférieur à 2 sur 5

(fréquence de 50 Hz) et l'IUU par inhibition des contractions du détrusor (fréquence entre 5 et 25 Hz) (32). Les contre-indications à l'ESF avec sonde sont la grossesse, la présence d'un pacemaker et l'hypoesthésie pelvi-périnéale. Les infections urinaires et les mycoses vaginales sont des contre-indications temporaires (27).

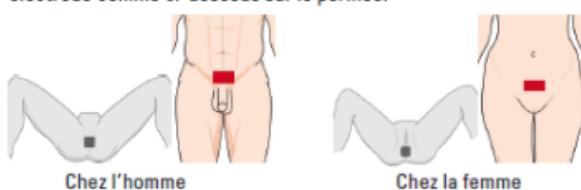


Figure 10. Exemple de sonde endovaginale utilisée pour la rééducation ESF (pharmacie Saint-Martin)

- Sans sonde endo-vaginale : La RPP peut aussi être réalisée sans sonde avec positionnement d'électrodes cutanées périnéales. La seule technique d'ESF sans sonde réellement efficace se fait à l'aide de petites électrodes placées sur le noyau fibreux central du périnée, situé entre le vagin et l'anus.

1. Positionnement directement sur le périnée

Positionner une électrode à l'avant au-dessus du pubis et l'autre électrode comme ci-dessous sur le périnée.



2. Positionnement autour du périnée

Positionner une électrode à l'avant au-dessus du pubis et l'autre électrode à l'arrière au-dessus du sillon interfessier.



Figure 11. Positionnement des électrodes TENS (www.schwa-mediaco.fr)

Le TENS (Transcutaneous Parasacral Electrical Nerve Stimulation) est un dispositif médical permettant de réaliser des stimulations électriques via des électrodes collées sur la peau de certains territoires nerveux (Figure 11) dans le but d'obtenir le soulagement de certaines douleurs chroniques, mais aussi de diminuer l'hyperactivité vésicale lorsqu'elle est réfractaire au traitement médicamenteux. Le principe est le parasitage par l'ESF des informations nociceptives qui transitent au niveau de la moelle sacrée et viennent perturber la fonction vésicale. On agit alors par l'intermédiaire du nerf pudendal qui est relayé au niveau S2, S3, S4 soit par le nerf tibial postérieur dont l'émergence métamérique est à proximité du centre sacré mictionnel. Il peut aussi être utilisé en auto-rééducation à domicile. Un appareil disposant de 10 programmes est actuellement sur le marché en France (Urostim 2™) (33). Il dispose d'électrodes autocollantes (stimulation du nerf tibial postérieur) et peut aussi être utilisé chez les enfants.

Pour un TENS, la base de remboursement par l'Assurance Maladie est de 60%, plafonné à 112,05 € (34) dans l'indication IU. Les patients peuvent aussi les louer dans un premier temps.



Figure 12. TENS par stimulation du nerf tibial postérieur (www.uofrance.fr)

On positionne l'électrode positive (fil rouge) 10 cm au-dessus de la malléole interne, et l'électrode négative (fil bleu) sous la malléole interne (Figure 12). Les deux fils sont reliés à un stimulateur externe. Le seuil de stimulation est déterminé par la perception sensitive de la stimulation par le patient

(fourmillement/contraction). Les paramètres de stimulation habituellement utilisés sont : fréquence 10Hz, intensité 10 à 30mA, intervalles 200msec.

Le patient réalise des séances à domicile de 20 à 30 minutes de façon quotidienne pendant 3 mois, et refait le point avec son MK ou son médecin prescripteur afin de poursuivre ou non les séances selon un rythme d'entretien.

Il n'a pas d'effets secondaires connus, et les contre-indications sont peu nombreuses : grossesse, patient porteur d'un pacemaker, infection cutanée de la zone à stimuler (35).

4.3.4. La rééducation comportementale

La rééducation comportementale comprend l'ensemble des conseils prodigués durant les séances, détaillés précédemment (partie 5.2).

4.3.5. Les autres méthodes

Les cônes vaginaux

La patiente doit retenir, en contractant ses muscles périnéaux, des cônes de poids croissants (de 10 à 90 g) dans le vagin, la partie effilée reposant sur la face profonde du périnée. Les cônes vaginaux sont utilisés en général au cours de 2 séances de 15 minutes par jour, pendant au moins 1 mois. Cette technique améliorerait la force des muscles du plancher pelvien lors d'UUE (Grade de recommandation C). Cependant, au regard des études fournies par la littérature, de grandes réserves sont émises quant à l'efficacité réelle de ces dispositifs (29). Bernadette de Gasquet, dans son livre (36) au sujet des cônes vaginaux, rapportait : « *cela revient à mettre un poids progressivement plus lourd sur le pubo-rectal et donc à lui demander une contraction permanente totalement antiphysiologique [...] Le vagin et le rectum doivent être vides, pour que les réflexes fonctionnent, il ne doit pas y avoir de « stationnement » sur le périnée. S'entraîner à retenir longtemps revient à augmenter les risques de constipation et à déprogrammer le fonctionnement normal de la vidange. »* »

Le concept abdo-périnéo MG

Cette méthode, axée sur le souffle, a été inventée par Luc Guillaume, il y a plus de 25 ans. Il a imaginé un embout permettant de réguler le souffle avec un feedback sur écran et permettant dans le même temps de stimuler la sangle abdominale « qui est le moteur du souffle ». Le travail du périnée s'effectue plus spécifiquement dans un deuxième temps. La contraction des abdominaux entraîne une augmentation de la pression. Cette pression n'est pas mauvaise en soi, il faut juste qu'elle soit bien dirigée vers le haut.

Cette rééducation permet d'associer le souffle réglé dans l'embout spécifique à une stimulation périnéo-sphinctérienne. Le suivi du souffle est représenté sur l'écran ainsi que la stimulation proprioceptive périnéale. Cette dernière est effectuée par l'intermédiaire d'une électrode posée sur le noyau tendineux périnéal. L'embout d'exsufflation spécifique, appelé winnerflow, permet, par l'intermédiaire d'une collerette réglable de 1 à 5, de choisir le calibre pressionnel adapté à chaque patiente. L'objectif est donc de donner à la sangle abdominale sa compétence à bien diriger les pressions intra abdomino-pelviennes en fonction de l'action en cours. Pour les personnes ayant des problèmes cardiaques et portant un pace maker, l'utilisation de l'appareil avec stimulation est contre-indiquée. Une étude a montré son efficacité à court terme (12 semaines) sur l'IUE ou mixte à prédominance d'effort.

Seuls les exercices de contraction des muscles du plancher pelvien, associés à de l'éducation comportementale, sont validés par la littérature internationale. Les méthodes présentées ensuite ne présentent aucun niveau de preuve (non étayées par des études randomisées).

Connaissance et maîtrise du périnée (CMP) : méthode de visualisation

Cette méthode est pratiquée majoritairement par les sages-femmes. Elle a été créée par Dominique Trinh Dinh (sage-femme) dans les années 1990. Elle se base, comme son nom l'indique, sur une phase de connaissance de l'anatomie du périnée et une phase de maîtrise du périnée. C'est une méthode rééducative

et éducative mais non manuelle dans le sens où le toucher vaginal est réservé au bilan clinique et à l'évaluation du travail musculaire au fur et à mesure des consultations. Il n'est pas utilisé en étirement ou en contre-appui pour faire travailler la femme. Par l'intermédiaire du toucher vaginal et d'un travail de visualisation, la femme va prendre progressivement conscience des différentes zones du périnée. Par exemple, le vagin est ainsi visualisé comme une grotte avec un plafond et des parois, le muscle pubo-rectal comme un pont-levis etc... Cette méthode, lorsqu'elle est bien maîtrisée, peut aboutir à une perception très fine des différentes zones périnéales.

Cependant, elle peut ne pas convenir à certaines femmes qui redoutent le toucher vaginal, ou bien qui ont des difficultés de visualisation. De plus, elle n'est pas accessible aux hommes.

Lors de la dernière consultation, le thérapeute rédige un compte-rendu évaluatif et prescrit une hygiène périnéale, selon la sévérité de la pathologie. Il s'agit de permettre à la femme de conserver « l'état de santé » atteint, en entretenant les exercices appris.

Eutonie

Cette méthode est apparue en 1957 et a été créée par Gerda Alexander. Selon l'ouvrage de Francine Doucé en RPP, l'eutonie aura pour objectif de « *rééquilibrer le corps et d'agir sur l'ensemble de la tonicité* ». C'est une technique d'éducation du mouvement. A l'inverse, des méthodes de rééducation, l'objectif est de diminuer les tensions musculaires dans leur globalité. L'eutonie se base également sur des exercices permettant la prise de conscience du bassin osseux favorisant la stabilité de ce dernier.

Les exercices se font dans diverses positions : debout, assise, à quatre pattes, avec un ballon... Dans cette pratique, aucun geste de soins ne touchera l'intimité de la patiente car aucun examen gynécologique n'est pratiqué. Les séances peuvent se faire en groupe ou en individuel.

L'approche posturo-respiratoire (36)

Elle a été conçue par le Dr Bernadette de Gasquet (médecin français, professeur de Yoga). Elle met en avant les liens qui existent entre la posture, la respiration et le périnée. Elle s'intéresse entre autres aux pressions abdominales. Son postulat n'est pas nécessairement de chercher à renforcer le périnée à tout prix mais à limiter les pressions qui s'exercent sur lui. Elle propose des adaptations posturales pour tous les moments de la vie afin de limiter les pressions sur le périnée et les conséquences délétères qui en résultent. Il s'agit de propositions concrètes pour la gestion des efforts au quotidien, l'accompagnement de l'accouchement, la résolution de la constipation, l'optimisation des portages, la pratique des abdominaux. Cette méthode fait également appel à des accessoires pour aider à corriger et soutenir la posture (tabouret, ballon, galette, ceinture de maintien du bassin, coussin à micro-billes...).

Elle assimile la respiration à un tube de dentifrice « que l'on enroulerait en commençant du bas et non en pressant au milieu » afin qu'il n'y ait aucune résultante de pression vers le bas. En effet, il est nécessaire de réintroduire le périnée dans le schéma respiratoire afin de diriger les pressions vers le haut, mais aussi chaque fois que les abdominaux se contractent, ceci afin de renforcer et d'assouplir le périnée et de créer un réflexe conditionné de protection.

La gymnastique vaginale hypopressive

Cette méthode a été créée par Marcel Caufrier. Elle a pour objectif d'augmenter le tonus de la sangle abdominale et du plancher pelvien en diminuant les pressions abdomino-pelviennes. Les exercices sont essentiellement respiratoires, basés sur une répétition d'épisodes apnériques, avec un travail sur la cage thoracique et le diaphragme. Il ne s'agit donc pas du tout ici de passer par la contraction spécifique des muscles pelviens.

Les exercices, les postures à visée hypopressive ont pour objectifs :

- la tonification du plancher pelvien.
- la tonification de la sangle abdominale et plus globalement, la normalisation des tensions des muscles antigravitaires.

La méthode 5P (méthode de rééducation proprioceptives pelvi-périnéale)

Cette méthode créée par Chantal Fabre-Clergue, a pour but de permettre un éveil rapide de la perception périnéale pour pouvoir assurer un contrôle précis et une amélioration des contractions de la musculature « striée » du périnée postérieur. Aucune sonde et pas de toucher vaginal, la méthode est peu invasive. Elle consiste à faire s'allonger la patiente sur une demi-bûche et à lui demander d'exercer des tractions avec un élastique solidaire de cette bûche. Le but de cette rééducation est de permettre au patient de retrouver un contrôle volontaire des différents muscles striés du périnée.

4.3.6. Les dispositifs d'auto-rééducation :

Ils ne cessent de se développer et sont même remboursés par la sécurité sociale depuis 2015.

a) Les appareils d'électrostimulation :

Appareil d'électrostimulation sans sonde : INNOVO

Le stimulateur est relié à deux cuissières, dotées de quatre électrodes placées en haut du fessier, des cuisses et au niveau des adducteurs (Figure 13). Le coût de cet appareil est de 399 euros. Ce dispositif est généralement prescrit pour le traitement de l'incontinence de l'homme ou de la femme pour consolider et rééduquer les muscles du périnée profond. Il est préconisé par le fabricant de l'utiliser 30 minutes par jour (sur 5 jours) pendant 12 semaines.



Figure 13. Rééducation par ESF sans sonde (INNOVO, source périnée shop)

Appareil d'électrostimulation avec sonde périnéale

Il fonctionne en étant relié à une sonde vaginale ou anale. Les appareils suivants peuvent être utilisés par les hommes et les femmes. Certains sont uniquement utilisés dans le traitement de l'IU.

KEAT (Figure 14) :



Figure 14. Keat men à gauche ([sphere-santé.com](http://sphere-sante.com)) ; Keat femme à droite (www.keat.fr)

C'est un dispositif médical fabriqué en France. Le coût est de 304,90 euros. Il délivre des stimulations permettant de faire travailler les muscles du plancher pelvien et les structures musculaires avoisinantes par l'intermédiaire d'une sonde placée dans le vagin ou dans l'anus pour les hommes après avoir été

programmé. Ce travail des muscles par stimulations permet, en fonction du programme sélectionné selon le type d'incontinence, d'améliorer la fermeture de l'urètre par contraction directe ou réflexe de la musculature urétrale striée (IUE) ou de diminuer les contractions de la vessie (IUU).

En général, le traitement dure 2 mois, à raison d'une séance de 17 min ou 25 min par jour selon le programme sélectionné. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est régulier. Il est recommandé de faire 4 séances par semaine. La fréquence des stimuli est de 50Hz pour l'IUE et 12,5Hz pour l'IUU.

GYNNEFIK :

Il est composé de 7 programmes prédéfinis utilisé chez la femme pour la RPP à domicile. L'indication est uniquement pour l'IU de la femme. L'Association Réseau Rééducation en Pelvi-périnéologie (ARREP) dans une étude technique du dispositif de stimulation périnéale à domicile confirme que c'est un outil de qualité.

CEFAR PERISTIM PRO :

L'appareil Cefar Peristim Pro est indiqué dans les problèmes d'incontinence sphinctérienne. Son utilisation est simple et se décline en 12 programmes dont neuf sont prédéfinis et trois libres, permettant une plus grande diversité de traitement (33). On peut l'utiliser avec des électrodes de surface (qui pourrait être disposé sur le noyau central du périnée)

NEUROTRAC :

Les dispositifs Neurotrac ont une gamme de dispositifs conventionnés. Neurotrac Continence et Neutrotrac Pelvitone sont des appareils utilisés pour la RPP par électrostimulation en auto-traitement de l'incontinence. La marque Neurotrac dispose aussi d'appareils de Biofeedback, comme le Simplex. Ces dispositifs-là ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

FEMINIC :

Il s'agit d'un appareil d'électrostimulation à destination de l'IU féminine.

MYPERITENS :

On peut l'utiliser dans l'IU et dans les douleurs pelviennes des femmes. La sonde périnéale MyPeriTens est sans-fil et connectée à un smartphone ou une tablette via Bluetooth. Il coûte 299 euros. MyPeriTens possède deux fonctions : stimulation musculaire électrique (EMS) et TENS. Il offre aussi des programmes d'exercices de Kegel. Il existe deux appareils *PELVI PLUS* et *PERICALM* (marque Neen) pouvant être utilisés dans les douleurs pelviennes et les IU (non référencés dans le vidal).

UROSTIM Schwa Medico :

Ce moyen d'auto-rééducation (TENS) a été détaillé précédemment (partie 4.3.3).

b) Les appareils de biofeedback

Ces dispositifs-là ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les sondes sans fil connectée

Il s'agit de dispositifs médicaux de classe 1 comportant une application et une sonde. Il en existe différents types (Emy, Périfit, Urgo Mia, Elvie, Kgoal). Elle coûte entre 169 et 199 euros et sont uniquement des femmes. L'idée commune est de motiver les femmes à travailler leur périnée et pour certaines de le rappeler, via des notifications.

Chez Emy, il y a pleins de petits capteurs sur toute la surface de la sonde ce qui permet de synthétiser la force moyenne de tout le périnée.

Chez Perifit et UrgoMia il y a 2 capteurs, un profond et un superficiel, avec des orientations différentes.

Une seule est prise en exemple, car toutes les autres sont faites de la même manière avec les mêmes objectifs.

Emy et sa sonde sans fil connectée (Figure 15) :

Ce dispositif est fabriqué en France. Les indications sont les suivantes : IU, IA, dyspareunie et en post-partum. Il faut télécharger une application gratuite depuis un smartphone.



Figure 15. Emy (fizimed.com)

La sonde enregistre les contractions grâce à ses capteurs et les transmet à l'application. L'application permet de visualiser les contractions sur un smartphone au travers d'exercices ludiques. Dans cette application, 20 exercices sont disponibles. Il n'y a pas de stimulation électrique, il s'agit juste d'une sonde vaginale qui détecte les contractions périnéales. C'est un dispositif de biofeedback qui s'utilise en complément des séances de RPP effectuées chez les praticiens. Il permet aux patientes de continuer leurs exercices chez elles pour maintenir le travail effectué dans le temps.

Les limites de ce dispositif peuvent être de différents ordres :

- Si l'on appuie sur la sonde en même temps qu'on l'expulse, certes cela allume le capteur mais plus du tout dans la physiologie utile du périnée.

- Si une partie seulement des muscles du périnée se contracte, le capteur de pression (de forme ronde) est incapable de détecter qu'une zone ne travaille jamais.

Mais le constat est simple, on ne voit qu'une patiente sur 4 ayant des symptômes liés à des troubles du plancher pelvien. Alors si l'apparition des sondes connectées permet de toucher une plus grande part des patientes souffrant d'IU, ces appareils ne sont probablement pas si inutiles. Certaines personnes vont aussi y voir la possibilité de travailler seules chez soi (manque de temps, pudeur, tabou...).

L'autre intérêt, parfois sous-estimé, est de permettre de travailler dans différentes positions. Il faut donc voir ce dispositif comme un complément à la RPP en cabinet, pour permettre la poursuite des exercices à faire à la maison au long terme.

5. Problématique

Le domaine de la RPP est en plein essor, avec de nouvelles techniques de plus en plus innovantes, avec la mise sur leur marché de dispositifs d'auto-rééducation (et leur remboursement par la Sécurité sociale depuis 2015) et le développement des sites de vente en ligne (par exemple Périnée shop).

Les MG ont donc un rôle prépondérant et essentiel au sein des soins primaires, dans le dépistage des troubles génito-sphinctériens, et dans l'aiguillage vers une prise en charge en RPP.

Il paraît donc pertinent de s'intéresser à la pratique des MG en la matière, de connaître les déterminants de la prescription et d'identifier les éventuelles lacunes qui doivent être comblées en périnéologie.

Le but de ce travail était d'identifier les déterminants de la prescription de la RPP en médecine générale. Les troubles présupposant une RPP sont-ils suffisamment dépistés ? Comment le sont-ils ? Les indications de la RPP sont-elles connues du MG ? Sait-il comment la prescrire et ce qu'elle implique ? Y-at-

il des freins à la prescription ? La formation au sujet de la RPP est-elle suffisante ?

MATERIELS ET METHODE

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de MG installés dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Matériels utilisés :

Un guide d'entretien (annexe 9) semi-directif a permis de constituer une base pour la réalisation des entretiens. Il a été réalisé à partir des données de la littérature et des présuppositions des chercheurs.

Le guide d'entretien a été réalisé pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) (annexe 10) (37), afin de s'assurer de la validité interne de l'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques de chaque MG ont été recueillies au début de l'entretien. Le guide d'entretien a proposé dans un premier temps au médecin interrogé de citer cinq mots en rapport avec la RPP. Le guide d'entretien cherchait à explorer les thèmes suivants :

- leurs connaissances sur le périnée et sur la RPP
- les différentes indications connues
- leur opinion personnel sur la RPP
- leur avis et leur souhait sur leur formation à ce sujet
- des remarques ou des suggestions supplémentaires

Ce dernier a évolué au fur et à mesure de l'analyse au fil de l'eau des entretiens réalisés.

Population étudiée :

L'échantillon a été sélectionné pour répondre aux critères de variation maximale suivants :

Les médecins sélectionnés étaient des MG installés en Sarthe, Mayenne ou Maine et Loire exerçant aussi bien en milieu urbain, semi-rural et rural, avec une activité ambulatoire et/ou mixte. Les variables retenues étaient le sexe, le nombre d'années d'installation et le milieu géographique d'exercice.

Critères de non-inclusion: Les MG non installés n'ont pas été inclus.

Recrutement :

Le recrutement des participants a été réalisé de manière raisonnée, pour répondre aux critères de variation maximale pré définis, dans l'objectif de recueillir les avis et représentations en s'assurant une diversité d'opinions. Dans un premier temps, la liste de mails des maîtres de stage de la faculté a été utilisée. Les médecins ont également été contactés par téléphone via les « Pages Jaunes ».

Une autre partie des MG a été contactée par un recrutement en boule de neige, selon les connaissances des chercheurs.

Déroulement de l'étude :

Les entretiens ont eu lieu en face à face, dans leurs cabinets médicaux, à leur domicile ou en visioconférence entre février 2020 et avril 2020. Après l'obtention de leurs consentements écrits (formulaire de consentement en annexe 11) ou/et oraux, les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un téléphone portable et d'un dictaphone numérique. Les entretiens pouvaient être interrompus à tout moment. Aucune donnée personnelle concernant les participants n'a été conservée par la suite. L'anonymat de l'entretien était garanti.

Une explication brève sur le sujet de la thèse leur a été donnée au début de chaque entretien.

Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, en respectant le langage oral et non verbal, à l'aide du logiciel Word©, au plus tard dans les quinze jours suivant chaque rencontre. Les données ont été retranscrites en respectant l'anonymat de chacun des interrogés. Les données concernant des noms de personnes, lieux, âges, ont été anonymisées. Un codage manuel a été réalisé au moyen d'un outil informatique (Excel©). Les unités de sens ont été isolées, puis regroupées en sous thèmes et thèmes, formant ainsi une grille d'analyse. Un double codage était ensuite réalisé par les deux chercheurs, avec une triangulation des données réalisées avec la directrice de thèse, afin d'augmenter la fiabilité de l'analyse.

RÉSULTATS

Caractéristiques des entretiens

Vingt-deux entretiens (exemple, annexe 12) ont été réalisés au total. La saturation des données semblait être obtenue en avril 2020, au vingtième entretien, et est confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. La durée totale de l'ensemble des entretiens était de 8 heures et 45 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes 41 secondes. L'entretien le plus court avait une durée de 8 minutes. L'entretien le plus long avait une durée de 45 minutes.

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

| Médecins | Sexe | Age | Année d'installation | Types d'activité | Durée de l'entretien | Départements |
|------------|------|-----|----------------------|------------------|----------------------|--------------|
| M1 | F | 41 | 2010 | Semi-rural | 8 min | 72 |
| M2 | F | 46 | 2016 | Rural | 16 min | 72 |
| M3 | H | 32 | 2015 | Semi-rural | 17 min | 72 |
| M4 | F | 31 | 2018 | Urbain | 14 min | 72 |
| M5 | F | 36 | 2015 | Semi-rural | 27 min | 49 |
| M6 | H | 60 | 1991 | Semi-rural | 21 min | 72 |
| M7 | H | 36 | 2015 | Rural | 30 min | 53 |
| M8 | F | 37 | 2013 | Rural | 30 min | 53 |
| M9 | H | 61 | 1990 | Urbain | 26 min | 53 |
| M10 | H | 36 | 2012 | Urbain | 9 min | 53 |
| M11 | H | 38 | 2014 | Semi-rural | 36 min | 72 |
| M12 | F | 57 | 1996 | Urbain | 20 min | 49 |
| M13 | H | 45 | 2002 | Semi-rural | 26 min | 49 |
| M14 | F | 38 | 2014 | Urbain | 27 min | 49 |
| M15 | F | 40 | 2019 | Urbain | 45 min | 49 |
| M16 | H | 51 | 2009 | Semi-rural | 26 min | 49 |
| M17 | F | 54 | 2001 | Semi-rural | 25 min | 49 |
| M18 | F | 42 | 2009 | Semi-rural | 15 min | 49 |
| M19 | H | 44 | 2009 | Rural | 30 min | 53 |
| M20 | H | 34 | 2014 | Rural | 16 min | 53 |
| M21 | F | 32 | 2019 | Semi-rural | 18 min | 53 |
| M22 | F | 37 | 2013 | Urbain | 39 min | 53 |

Tableau 1. Caractéristiques des participants (H:Homme ; F:Femme)

Résultats des entretiens

1. Le regard des médecins généralistes sur la rééducation pelvi-périnéale

1.1. Le test des cinq mots

Il a été demandé aux MG interrogés de citer les cinq premiers mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'on évoquait la RPP. Les trois quarts des médecins avaient cité l'IU, deux tiers d'entre-eux le post-partum et l'accouchement et un

tiers les professionnels paramédicaux qui l'effectuent (MK et sage-femme). Un sixième des praticiens avait pensé à l'impact « inconfort/gêne ». 14% des médecins avaient évoqué « urologue », « sonde » et « femme ménopausée ». Enfin, un dixième avait rapporté les termes « femme », « chirurgie », « douleur pelvienne ».

1.2. La vision du périnée par les médecins généralistes

Comme une région anatomique

La quasi-totalité des médecins interrogés avaient une vision anatomique du périnée.

M15 : « C'est d'emblée pour moi l'anatomie qui ressort en fait »

M16 : « Le périnée est la zone frontière pour la femme située entre l'anus et le vagin »

Fonction du périnée

La figure du hamac avait été reprise par plusieurs MG qui mettait en avant le rôle de soutien.

M5 : « De hamac musculaire qui soutient les organes génitaux dont la vessie et l'utérus »

M16 : « J'explique qu'il y a un caisson abdomino périnéal, que le périnée c'est le plancher qui retient tout »

Zone méconnue et peu abordée

La plupart des praticiens interrogés considéraient le périnée comme une zone méconnue, négligée, et insuffisamment abordée.

M15 : « Zone qui peut être méconnue »

M15 : « C'est un peu l'organe qu'on met de côté »

M11 : « Dont on ne parle pas beaucoup dans nos consultations de médecine spontanément »

Beaucoup pensaient que les patients n'avaient pas conscience de cette partie de leur corps, certains avançaient l'hypothèse que les femmes seraient peut-être plus attentives à cette zone notamment durant les mensurations.

M15 : « (on en a conscience) » nous les femmes pendant nos périodes »

M14 : « Je pense que dans la tête des gens ce n'est pas très évident de s'imaginer ce que c'est qu'un périnée »

L'importance de la prévention

L'importance de la prévention concernant le périnée avait été souvent citée, en particulier par la gente féminine.

M19 : « C'est important de s'en occuper tôt (du périnée), parce que les séquelles viennent plus tard »

M6 : « C'est une partie très sensible...très soumise ... à différents facteurs comme les grossesses... comme la constipation »

M8 : « Qu'on n'y fait peut-être pas suffisamment attention... et qu'il faudrait l'entretenir... probablement tout au long de sa vie »

Au-delà du médical

Certains MG avaient le sentiment que le périnée avait une dimension symbolique qui allait au-delà du médical pur.

M15 : « Ça déborde du côté médical »

1.3. L'impact de l'expérience personnelle

Les médecins femmes questionnées rapportaient être plus à l'aise pour parler de ce sujet avec leurs patients, suite à leur propre rééducation.

M18 : « En dehors de ce que j'ai eu pour moi-même, je ne sais pas décrire... »

M18 : « J'ai eu deux enfants, donc j'ai eu des rééducations, ça c'était bien passé »

M21 : « Je suis complètement dans cette situation puisque j'ai un petit garçon de 4 mois »

M21 : « Par contre ça donne des arguments pour dire que c'est important de le faire, on est beaucoup plus légitime »

M8 : « Moi d'un point de vue personnel j'ai vu le confort... voila...obtenu après la rééducation »

Même quelques médecins hommes avaient pris l'exemple de leur compagne.

M11 : « Donc je vais prendre l'exemple de ma compagne qui en a fait, j'ai trouvé ses exercices très intéressants... dans un contexte de post accouchement »

M19 : « J'ai l'opinion de ma femme, j'ai 5 gamins, donc je suis content qu'elle l'ai faite »

1.4. Le regard des médecins généralistes sur les différentes méthodes de rééducation

La diversité des méthodes utilisées

Certains médecins avaient parlé de l'importance du travail du MK au niveau de la sangle abdominale.

M11 : « L'autre avantage aussi...pour les femmes enceintes je trouve qu'elle s'occupe très bien de la sangle abdominale en sécurité »

M15 : « Je sais qu'on fait parfois aussi des rééducations un peu abdo [...] c'est toujours le cas du post-partum »

Les techniques plus basées sur la posture avaient été parfois citées.

M17 : « Il y a aussi des techniques sportives pour tonifier le périnée »

M19 : « Et puis le postural je pense »

M17 : « Elles font des squats avec un bon verrouillage pelvien »

M11 : « Elle est beaucoup dans une approche on va dire dynamique de proprioception (kiné) »

Un seul MG avait cité la méthode CMP.

M3 : « Alors comment ça s'appelle ?... CAP (connaissance approfondie du périnée) »

L'utilisation de méthode visuelle

Plusieurs MG avaient évoqué le côté visuel de certaines méthodes.

M11 : « Une sage-femme qui travaille beaucoup avec une sonde et avec plutôt du feedback mental »

M15 : « Méthode et technique [...] parfois visuelle [...] avec cette image de portail qu'on ferme »

La méthode manuelle

Pour certains MG, la méthode manuelle consistait à faire un toucher vaginal avec un testing musculaire.

M5 : « C'est allongé en position gynéco avec la sage-femme qui met deux doigts dans le vagin et qui dit de serrer autour des doigts et qui fait déjà un testing au départ »

M8 : « Technique manuelle... il faut quand même que le patient puisse se représenter... l'image effectivement de la contraction pour contracter le bon muscle et pas solliciter les abdo »

M7 : « J'ai l'impression que la prise en charge avec la méthode manuelle il y a aussi du coaching... une meilleure écoute »

La méthode par biofeedback

Cette méthode avait été cité par de nombreux médecins.

M20 : « L'idée ça va être d'aller faire contracter différentes zones du périnée, j'ai cru comprendre qu'il y a chez certaines qui s'aidaient aussi de vidéo »

La méthode par électrostimulation

De nombreux médecins avaient cité la méthode par ESF. En revanche, peu d'entre eux savaient qu'il y avait un réglage de la fréquence en fonction de l'indication.

M8 : « L'électrostimulation avec...une stimulation des muscles...avec des fréquences différentes selon les indications »

M16 : « Ils utilisent une thérapie par sonde électrique »

En ce qui concerne la RPP de l'enfant, quelques médecins avaient évoqué la possibilité d'utiliser l'électrostimulation par voie externe.

M8 : « Je ne sais pas comment on peut, ou alors il y a peut-être un moyen avec l'électrostimulation, de stimuler hors voies internes »

Les méthodes d'auto-rééducation

La plupart des MG semblaient penser que cette méthode était peu bénéfique et peu adaptée. Un médecin avait même comparé certains appareils d'auto-rééducation à des vibromasseurs.

M1 : « ça ne fonctionne pas très bien »

M8 : « Donc je ne suis pas persuadée que ça soit l'idéale »

M9 : « Je crois que c'est le KEAT... ou un appareil massant...qui ressemble un petit peu à un vibromasseur »

Peu considéraient que ce dispositif était bénéfique au patient lors d'une utilisation sans encadrement.

M4 : « Ça avait l'air plutôt bien INNOVO »

M19 : « L'idée est séduisante, ça peut être fait tout le temps, ça peut être fait un certain temps »

M15 : « Je pense que ça peut être très pratique plutôt que d'aller chez le kiné ou la sage-femme »

La majorité des médecins interrogés pensaient aussi qu'il était nécessaire d'effectuer un travail préalable avec un MK ou une sage-femme. La plupart ne se sentaient pas capable d'expliquer le fonctionnement des appareils d'auto-rééducation à leurs patients.

M20 : « Je ne saurai pas dire aux patientes comment l'utiliser »

M6 : « Après des séances auprès d'un kinésithérapeute spécialisé... pour un travail d'entretien mais d'emblée je ne suis pas prescripteur »

Beaucoup insistaient sur un élément qu'ils jugeaient majeur : la nécessité d'apprendre au patient à utiliser les appareils d'auto-rééducation car sinon ils ne sont pas efficaces.

M11 : « C'est la grande mode en médecine de mettre de plus en plus de chose à domicile pour que le gens se débrouillent tout seul »

M11 : « C'est un peu comme si on donnait un appareil de glycémie à un diabétique sans lui apprendre ce que c'est une hypo ou une hyper... ça sert à rien c'est anxiogène ou inutile »

Au préalable de toute rééducation, la majorité des praticiens estimaient qu'il fallait apprendre à connaître son anatomie et son fonctionnement.

M14 : « Je me suis permise d'expliquer qu'on ne pouvait pas se rééduquer seule si on ne connaît pas son périnée »

Certains médecins ne savaient pas que les appareils d'auto-rééducation pouvaient être utilisés par les hommes.

M9 : « Chez les messieurs euhhh...bah le Keat est bien supporté... non non je déconne »

Quelques médecins avaient mentionné le coût et la possibilité de se fournir sur internet.

M14 (et M19) : « Je sais qu'il y en a à vendre sur internet »

M19 : « Ça coûtait genre 400€ mais c'était remboursé »

Certains médecins craignaient que les patients portent un jugement négatif sur la prescription d'appareil d'auto-rééducation. D'autres pensaient que ce dispositif ne pouvait pas convenir à tous les patients.

M9 : « Alors c'est peut-être pour ça que je n'en ai pas prescrit trop... c'est qu'il ne faut pas faire ça à tout le monde... il faut faire ça avec des gens qui vont suffisamment être cortiqués »

M9 : « Elle peut avoir vis-à-vis du médecin qui lui prescrit ça, une attitude se disant, mais il est un peu pervers le garçon ? »

1.5. L'efficacité

Bénéfice de la rééducation sur les patients

Globalement, les médecins traitants avaient précisé que les patients ayant effectué la RPP étaient « *satisfaits* » et « *contents* ».

M6 : « Comme toute thérapeutique elle vaut le coup d'être essayée et généralement on a de bons résultats »

M22 : « Souvent peut-être prises à un stade un peu tardif, mais j'en ai plusieurs pour qui j'ai été étonnée que ça marche autant »

M15 : « Au moins qu'elle ait des conseils »

La RPP semblait permettre selon eux, au patient de prendre confiance en lui et d'avoir des conseils.

M5 : « Que c'est intéressant la méthode manuelle pour vraiment ressentir anatomiciquement ce que ça peut-être »

La méthode manuelle semblait séduire la majorité des médecins, en permettant à la fois une meilleure connaissance de sa propre anatomie, ainsi qu'un temps d'écoute attentive. La RPP était d'ailleurs présentée par de nombreux médecins comme pouvant être un espace de parole.

M7 : « J'ai l'impression que la prise en charge avec la méthode manuelle il y a aussi du coaching... une meilleure écoute »

M11 : « Il y a des choses qui ressortent en rééducation périnéale, même le prescripteur n'est pas au courant »

M18 : « Donc c'était de la rééducation mais c'était aussi un temps où on pouvait parler de la parentalité »

M16 : « Parfois le kiné met le doigt sur des choses, donc c'est un plus »

Tous les MG s'accordaient à dire qu'elle était primordiale dans le post-partum.

M5 : « ça a un grand impact quand même... notamment après l'accouchement »

Quelques médecins suggéraient que la RPP pouvait être efficace chez la personne âgée.

M2 : « Les fuites urinaires de la personne âgée ça peut l'être »

Bénéfice de la rééducation mitigée

Chez la plupart des médecins interrogés, l'efficacité semblait être mitigée sur les prolapsus évolués et dans les suites d'une prostatectomie. Certains d'entre eux mentionnaient le fait que lorsqu'un patient consultait c'est que la RPP n'avait pas montré d'efficacité.

M20 : « Souvent quand elles m'en parlent c'est qu'elles ont fait la rééducation périnéale et que ça ne marche pas »

Peu de bénéfice

Certains médecins pensaient que les résultats étaient très décevants en ce qui concerne l'IA.

M9 : « C'était très décevant au point de vue des résultats »

Balance-bénéfice risque

Pour la majorité des praticiens, la balance-bénéfice risque semblait favorable.

M7 : « La balance bénéfice risque est à mon avis très...très positive »

M7 : « J'y vois peu de risques... voir pas de risques à ces techniques »

1.6. Les alternatives thérapeutiques à la rééducation pelvi-périnéale

La RPP était prescrite en première intention dans la plupart des cas. Les alternatives citées étaient la chirurgie et les traitements médicamenteux. Un seul médecin avait cité les protections comme une alternative.

M10 : « Après vient si vraiment ça ne marche pas ou si ce n'est pas suffisant... on part soit sur les médicaments soit sur la chirurgie »

M17 : « Des anticholinergiques ou des couches »

M7 : « Les traitements médicamenteux c'est vrai que je les réserve plutôt à des femmes un peu plus âgées qui n'iront pas à la chirurgie »

Certains médecins questionnés n'étaient pas convaincus par les méthodes alternatives comme la chirurgie Tension free Vaginal Tape (TVT).

M11 : « Il faut tenter pour moi surtout vu les résultats de la chirurgie d'avoir des bandelettes urétrales je ne suis pas convaincu qu'il faille se ruer dessus »

D'autres pensaient que si on prenait davantage soin de son périnée, on pourrait sûrement limiter les chirurgies.

M8 : « Je pense que c'est essentiel et que peut-être on arriverait à moins de chirurgie ensuite si effectivement tout le monde prenait soin de son périnée »

1.7. Le rôle des médias

Le contenu des messages véhiculés par le biais des médias, et notamment de la publicité était globalement jugée néfaste par les médecins interrogés.

M4 : « Mais ça participe peut-être aux difficultés que les femmes ont à nous en parler »

Il donnait l'impression que l'IU était une fatalité et qu'il fallait les cacher.

M5 : « Voilà c'est une fatalité en soit que d'avoir des fuites, maintenant il faut les cacher »

Leur rôle était souvent de vendre des protections plutôt que d'aider les femmes.

M3 : « C'est plutôt pour vendre des protections que pour aider les femmes »

M5 : « Alors que finalement ça devrait plutôt être des pubs pour des sondes de rééducation »

L'image qu'il renvoie était souvent déformée et les femmes ne pouvaient pas s'identifier.

M11 : « Que les média... montrent une image... très déformée et à laquelle les patientes ne peuvent pas s'identifier... »

2. Patients et rééducation pelvi-périnéale

2.1. Leur profil

La majorité des médecins avaient cité l'importance de la RPP pour les femmes ménopausées.

M5 : « 45/50 ans à peu près »

Quelques praticiens avaient cité les femmes jeunes en dehors du post-partum.

M2 : « Oui elle doit avoir une trentaine d'année »

M22 : « Je suis même étonnée de voir qu'il y en a des jeunes »

Ainsi que les femmes âgées.

M10 : « Une patiente âgée... âgée de 75 ans qui se plaignait de fuites urinaires »

Quelques médecins avaient reçu en consultation des adolescentes pour IU mais n'avaient finalement pas eu recours à la RPP.

M22 : « Pourtant j'ai eu des adolescentes ou du moins des jeunes qui sont déjà venus me voir en consultation pour des problèmes de fuites mais souvent il y a une infection urinaire identifiée »

Un médecin évoquait une différence entre les patients vivant en milieu urbain ou ruraux.

M19 : « On est dans un secteur rural, ils n'ont pas tous évolué »

De nombreux médecins pensaient que les enfants atteints d'énurésie avaient un profil psychologique particulier.

M6 : « Dans l'énurésie il y a quand même une grosse part du psycho »

Quelques MG avaient évoqué le fait qu'il y aurait une plus grande proportion de femmes qui avaient été victimes de violences sexuelles pratiquant la RPP.

M11 : « Chez les femmes qui bénéficient de rééducation pelvienne, il y a quand même une proportion probablement supérieure à la moyenne nationale qui a eu ou a été victime de violences sexuelles »

2.2. Ressenti patient et altération de la qualité de vie

- ♦ Le ressenti des patient(e)s

La honte

La plupart des médecins avaient le sentiment que l'IU était vécue comme quelques choses de honteux.

M11 : « C'est vécu un petit peu comme quelque chose d'honteux »

La rééducation bien acceptée par les patients : respect de la pudeur

De nombreux praticiens avaient rapporté que les patients s'étaient sentis respectés dans leur pudeur lors de la prise en charge en RPP.

M14 : « Retours positifs qui se sentent respectés dans leur pudeur »

- ♦ Altération de la qualité de vie

Dans la sexualité

La sexualité et ses troubles pouvaient être évoqués en consultation de médecine générale car entrant dans le cadre d'un inconfort de vie.

M5 : « Parce que parfois ça peut être un peu traumatisante pour certaines...et gênant... »

L'incontinence urinaire

La plupart des médecins estimaient que l'IU était invalidante et pouvait même engendrer un isolement social. Un médecin avait même cité la possibilité d'une dépression.

M5 : « Ça peut être invalidant pour les personnes âgées »

M11 : « Il y a beaucoup de femmes qui ont tendance à s'isoler »

M11 : « Ça peut vite entrer dans un cercle vicieux de dépression »

L'incontinence anale

Quelques médecins évoquaient que les troubles anaux étaient possibles chez l'homme comme chez la femme et étaient souvent mal vécus.

M11 : « Il peut y avoir en effet là aussi les troubles ano-sphinctériens et là qui

sont bien sur très mal vécus, mais probablement autant que chez la femme »

M20 : « Elle est obligée de se changer régulièrement »

La constipation

Quelques médecins avaient parlé de l'altération de la qualité de vie des patients ayant une constipation chronique invalidante.

M15 : « La constipation ça pourrit tellement leur vie »

M14 : « Elles se restreignent, ne marchent plus avec les copines »

Après une prostatectomie

De nombreux médecins avaient exprimé la peur des hommes d'avoir une IU après une ablation de la prostate.

M15 : « La crainte des hommes c'est d'avoir des fuites après la chirurgie »

Coût financier

Cet argument n'a été avancé qu'une seule fois.

M16 : « Ça a un coût »

Non connaissance des professionnels pratiquant la rééducation

M22 : « Je pense qu'elles ne pensent pas forcément qu'elles peuvent faire la rééducation chez la sage-femme »

3. La pratique du médecin généraliste dans la rééducation pelvi-périnéale

3.1. Les indications

L'indication la plus souvent citée était l'IUE. Le post-partum intervenait en seconde position.

M8 : « Je vais aussi m'orienter peut-être vers de la rééducation... dès fois à 40/50 ans surtout les patientes qui pratiquent la course à pied... gênées par des fuites urinaires à l'effort »

Certains médecins avaient aussi parlé de l'IUU.

M8 : « C'est essentiellement... les problèmes d'incontinence urinaire...des urgencies »

L'IA était plus rarement citée.

M5 : « Il y a des patients qui ont des soucis de constipation terminale avec des.... dyskinésies »

Un médecin avait cité les troubles fonctionnels intestinaux (TFI).

M22 : « Ah oui effectivement, peut-être dans les TFI, les choses comme ça »

Une faible proportion des interrogés avait mentionné une possible indication de la prise en charge de troubles d'ordre sexuel.

M8 : « Mais j'imagine quand même que le tonus du périnée joue aussi chez la femme et chez l'homme... dans la sexualité »

Plusieurs médecins avaient mentionné les dyspareunies, dont le vaginisme.

M14 : « Pour dyspareunie, je dois en avoir deux ou trois »

M15 : « Pour faire un travail d'assouplissement, de dilatation »

M15 : « Une patiente pour qui [...] ça bloquait au niveau gynéco la pénétration n'était même pas possible »

Quelques médecins avaient mentionné la possibilité d'en prescrire l'ordre de problème d'éjaculation précoce.

M8 : « S'il doit y a voir aussi peut être pour certains problèmes d'ordre sexuel... je me demande même si dans l'éjaculation précoce il n'y a pas une indication ? »

Deux médecins avaient cité les pathologies neurologiques.

M3 : « Le handicap qui peut ...avec les vessies neurologiques »

M8 : « Après un syndrome de la queue de cheval séquellaire d'une intervention sur une hernie discale »

Un médecin avait pensé à proposer de la RPP dans le cadre d'un traumatisme périnéal.

M16 : « dans de rares cas où il y a trauma périnéal »

La plupart des indications qui avaient été citées concernent la femme.

M22 : « Mais je reste toujours sur le versant femme »

Plusieurs médecins avaient évoqué le fait que la ménopause engendrait une carence en œstrogène, souvent à l'origine de nombreux troubles pelvi-périnéaux.

M8 : « Chez la femme ménopausée aussi...qui me semble que voilà la carence en œstrogène doit jouer aussi sur le tonus du périnée »

Un médecin avait cité une possible indication avant une hystérectomie.

M1 : « Avant chirurgie d'hystérectomie du pelvis »

Certains praticiens connaissaient l'indication dans le prolapsus de bas grade.

M6 : « Tout dépend du stade, quand c'est encore à un stade...débutant...ça peut aider... mais on évolue très vite...vers la correction du prolapsus »

Un médecin avait pensé à citer l'indication des douleurs périnéales notamment dans l'endométriose.

M3 : « Un cas exceptionnel, enfin c'est recommandé éventuellement de proposer ça aussi quand il y a une endométriose »

M14 : « Douleurs au niveau du périnée »

Un praticien avait parlé d'une possible indication dans les névralgies pudendales.

M7 : « Les fameuses névralgies pudendales où tout le monde est dans l'impasse... »

Certaines femmes avaient en revanche un périnée hypertonique.

M14 : « Elle avait au contraire un très bon périnée, trop tonique qu'elle ne savait pas bien maîtriser »

Les indications chez l'homme étaient souvent oubliées ou méconnues, mais quelques médecins en avaient citées.

M1 : « Avant et après prostatectomie »

M20 : « Je ne verrai même pas trop ce qu'on appelle troubles pelvi-périneaux chez l'homme, je ne vois même pas trop les symptômes, je ne connais pas »

M17 : « Je ne sais même pas si j'ai déjà envoyé des mecs »

M16 : « On les envoie vers l'urologue/j'ai tendance à envoyer chez l'urologue directement »

Pour certains médecins, l'indication chez l'homme se résumait à l'IA.

M7 : « pour moi c'était fuite de selles essentiellement »

Les indications pédiatriques étaient pour la plupart des médecins méconnues. Ils n'en avaient pas parlé spontanément.

M5 : « Chez les enfants par contre...non...je ne crois pas »

M22 : « Non pareil, c'est vrai que j'ai tendance à envoyer chez le spécialiste »

Quelques médecins avaient pu malgré tout donner quelques indications.

M3 : « Alors chez l'enfant, fin bon je pensais à l'énucléose »

M14 : « Ou alors chez les enfants qui sont en constipation et qui ont des efforts de retenue à l'école »

M1 : « ça m'est arrivée d'en prescrire une fois pour de l'encoprésie, et ça avait bien fonctionné »

M11 : « Une jeune ado de 16 ans qui a eu une stomie »

3.2. Les habitudes de prescription

Un seul médecin nous avait indiqué qu'il ne prescrivait que du biofeedback.

M2 : « Quand je prescris une rééducation c'est avec un biofeedback »

Un autre médecin prescrivait systématiquement une sonde endo-vaginale.

M16 : « Je prescris systématiquement une sonde sur l'ordonnance »

Les autres MG, en revanche, semblaient peu favorables aux méthodes utilisant les sondes endovaginales.

M5 : « La sonde à faire tout seul... je ne sais pas... j'ai du mal à me dire que ça peut être constructif pour les femmes »

M7 : « Je pense que la méthode avec sonde... un robot pourrait le faire quoi »

L'influence des professionnelles avait un impact considérable, un médecin avouait ne plus prescrire d'appareil d'ESF suite à une discussion avec la sage-femme de la structure.

M19 : « J'en prescrivais avant, mais plus du tout maintenant ma sage-femme ne veut plus »

Quelques médecins recommandaient la méthode manuelle lorsqu'ils prescrivaient de la RPP.

M21 : « Je n'ai pas eu de supers retours des patients qui ont eu avec la sonde, je préconise plutôt la méthode manuelle »

Concernant les appareils d'auto-rééducation, très peu de médecins en prescrivaient.

M9 : « Je cherche dans mon Vidal, un appareil d'électrostimulation voilà »

M9 : « Si j'en ai prescrit deux ou trois c'est un maximum »

M4 : « Non, j'ai toujours la brochure...mais je n'ai pas prescrit »

M14 : « Je refuserai de le prescrire sans rééducation préalable »

La RPP était très souvent prescrite en première intention dans les IU.

M4 : « C'est ce que je prescris en première intention avant d'orienter aux chirurgiens »

M5 : « Ce n'est pas compliqué à mettre en place, ça évite 6 mois de délai pour voir le gynéco...euh dans l'intervalle, elle peut avoir fait ses 15 séances »

En revanche, aucun médecin n'a prescrit de RPP dans un contexte d'IA. En général, la prescription avait été faite par un spécialiste.

M7 : « Des fuites de selles... ça ce n'est pas moi qui ai prescrit... »

M5 : « J'ai plutôt orienté du coup vers un proctologue... qui du coup... a fait ... prescrire la bonne rééducation... »

3.3. Les circonstances d'abord en consultation

De nombreux médecins avaient le sentiment que le motif était souvent détourné.

M4 : « Moi j'ai l'impression qu'elles ne viennent jamais me voir parce qu'elles ont des fuites urinaires, c'est toujours moi qui leur pose la question »

Le dépistage du cancer de la prostate était une opportunité d'initier l'interrogatoire sur les dysfonctions urinaires pour de nombreux médecins.

M7 : « On nous parle beaucoup des PSA... des dépistages, et souvent je retourne la conversation plutôt justement sur les gènes urinaires »

M7 : « Chez les hommes facilement après 55/60 ans ... presque assez systématique »

Certains médecins avaient découvert que leurs patients portaient des protections lors de l'examen clinique.

M7 : « Sans me le dire d'ailleurs quand elles sont déshabillées... bah j'ai vu ça... comment ça se fait que vous avez des protections ? bah j'ai des fuites »

L'incontinence était parfois repérée par un autre professionnel de santé.

M8 : « C'est les infirmières qui avaient repéré ça »

L'anamnèse était un moment opportun pour permettre l'identification de ces troubles.

M15 : « Une jeune fille qui perdait des urines dans un cadre d'angoisse, de difficultés de divorce parental »

Certains MG rapportaient aborder ces troubles lors de la constitution d'un dossier ou lors de l'examen gynécologique.

M21 : « Ça fait partie de mon interrogatoire systématique pour les nouveaux patients »

M22 : « Je me suis mise à l'inclure de poser la question assez régulièrement dès que j'ai un examen gynéco en fait »

Lors de la consultation du post-partum, la majorité des médecins interrogeaient leurs patientes sur les troubles génito-sphinctériens.

M17 : « Ça va de soi pour les femmes qui viennent d'accoucher parce que c'est une question évidente »

Certains médecins questionnaient systématiquement sur les signes d'IU et les dyspareunies.

M5 : « Je pose la question systématiquement... gêne éventuellement lors des rapports, de douleurs et aussi éventuellement des fuites urinaires sur le plan du confort »

Au vu de la prévalence importante, de nombreux médecins interrogeaient sur ces troubles.

M19 : « J'ai vu qu'il y avait tellement de réponses positives, qu'elles ne s'en occupaient tellement pas que j'étais obligée de la poser de façon systématique »

3.4. Le rôle des médecins généralistes

Les MG considéraient pouvoir intervenir à plusieurs niveaux :

- Assurer les soins de premier recours avec un médecin qui se sentait concerné.

M7 : « Je pense que dans la majorité des cas c'est quand même nous les généralistes qui prennent en charge ces troubles-là ».

M17 : « Mais oui je pense que ça devrait être notre affaire »

- Coordonner les soins.

M19 : « Avant de les envoyer chez l'urologue, on essaie toujours de les envoyer chez la sage-femme avant »

- Favoriser l'observance.

M15 : « On a vraiment un rôle majeur là-dessus, si on adresse quelqu'un et qu'on lui explique comment ça va se passer on a quand même une adhésion »

M17 : « moi-même je leur dis « vous pouvez prendre une sage-femme » »

- Établir une relation de confiance.

M11 : « Ils sont plus à même de rapporter des choses à priori « honteuses » à leur médecin de famille qu'ils connaissent ».

- Garantir le repérage des troubles génito-sphinctériens et savoir en reparler.

M20 : « C'est souvent nous qui sommes les premiers à les voir »

M16 : « Je vois ce qu'elles font, si elles font bien le stop pipi »

M22 : « Je me le note aussi dans un coin de mon dossier pour ne pas oublier de reposer la question à un moment sans forcément en reparler à chaque consultation »

- Offrir des conseils, des explications et lutter contre les idées reçues.

M15 : « Pour les constipations moi je les fais travailler sur la respiration pas mal »

M14 : « Je leur explique qu'il y a souvent des TV pour les rééduquer [...] pour les prévenir, pour pas qu'elles prennent peur »

M14 : « Que contrairement à ce que dit maman ils n'attraperont pas des maladies »

3.5. Les freins pour le médecin généraliste

Une partie des médecins interrogés ne souhaitaient pas s'investir davantage concernant ce sujet, car cela ne faisait pas partie de leur priorité, ou parce qu'ils n'en avaient pas le temps ou l'envie.

M15 : « Pour tous les domaines, il faudrait qu'on fasse énormément de prévention je pense qu'on va souvent au plus urgent »

Certains MG doutaient de la qualité de la formation de certains professionnels.

M14 : « Je ne suis pas sûre que les soignants (kiné notamment) aient été bien formés pendant des années »

Beaucoup avouaient manquer de connaissance sur le travail des paramédicaux en RPP, en particulier sur le déroulement concret d'une séance.

M3 : « J'ai une idée assez floue de la séance »

L'extension des domaines de compétence des sages-femmes était regrettable pour de nombreux MG.

M16 : « C'est un peu un regret puisqu'on est médecins généralistes, omnipraticiens »

L'offre de soin sur le territoire était aussi probablement un frein.

M19 : « Il y a un problème d'offre de soins dans les territoires »

La plupart des médecins interrogés prescrivaient de la RPP à leurs patients sans difficulté à partir du moment où ils la jugeaient nécessaire. Ils n'avaient ni crainte, ni hésitation particulière avant de les y adresser et savaient vers qui les orienter.

M22 : « J'ai tendance moi à orienter à le proposer aux femmes dès qu'elles sont gênées »

M15 : « Je n'ai pas de crainte, parce que je m'y intéresse »

M6 : « Je suis plus prudent quand je l'envoie... vers le radiologue pour une écho endopelvienne par voie vaginale »

4. L'importance du réseau

4.1. L'expertise spécialisée

Certains médecins orientaient directement chez un spécialiste car ils avaient besoin d'avis d'expert préalable.

M10 : « Quand elles ont un prolapsus je les envoie voir le gynéco »

La quasi-totalité des médecins n'étaient pas prescripteur dans l'IA avant d'avoir obtenu un avis.

M4 : « Je les ai orientés vers un gastro, un proctologue qui est assez spécialisé dans les incontinences annales »

M22 : « Ou alors les fois où ça a été vraiment invalidant, ça a été bilanisé par le gastro qui envoie faire d'autres examens manométriques ou au niveau anal »

Presque tous les médecins pensaient qu'il était nécessaire d'avoir un avis spécialisé avant d'adresser un enfant.

M7 : « Je n'ai jamais eu ce cas là... c'est vrai que je ne prescrirais jamais chez l'enfant... comme ça sans que ça passe par un spécialiste »

La RPP était parfois prescrite par l'urologue en post-prostatectomie.

M8 : « Parfois c'est l'urologue qui prescrit après les chirurgies de prostate »

L'idée pouvait aussi être évoquée plus rarement par les neurologues ou par d'autres professionnels.

M6 : « La neurologue...qui avait... émis l'idée que peut-être si tout ça ne s'améliorait pas spontanément... on pourrait envisager une rééducation »

M15 : « La sexologue me l'avait adressée »

Certains MG avaient le sentiment d'avoir un bon réseau.

M22 : « Le fait qu'on soit un département un peu sous doté, on reste un département petit, mais il y a beaucoup de moyens, de réseaux, on arrive facilement à se faire un carnet d'adresses »

Beaucoup de MG avaient l'impression que les sages-femmes libérales prenaient de plus en plus de place.

M17 : « Les sages-femmes prennent de plus en plus de place même après 50 ans »

M16 : « Ce qui m'embête plus ce sont les prescriptions de pilules »

Certains médecins avaient mentionné le fait que les gynécologues se passaient parfois de RPP chez les patientes ménopausées en attente d'intervention.

M11 : « Par contre à 50/60 ans ils (gynécologues) ont vite envie d'opérer ou ils font des bilans urodynamiques »

Certains médecins avaient l'impression que les praticiens exerçant dans le secteur privé, avaient tendance à privilégier une prise en charge chirurgicale.

M11 : « Mais dans certains secteurs, notamment peut-être un peu plus dans le privé aussi mais, je n'ai pas de chiffre, mais j'ai l'impression que ça va un peu plus vite sur la table »

M5 : « Des fuites urinaires et que ça leur semble peut-être déjà assez avancé, est-ce qui ne vont pas direct à la TTV ? »

Certains avaient l'impression que c'est les urologues qui prenaient davantage en charge l'IU.

M6 : « j'ai l'impression que les gynécologues... quand il y a un problème d'incontinence urinaire... ils transmettent facilement le dossier à un collègue urologue »

En revanche, quelques praticiens avaient l'impression inverse.

M5 : « J'avoue que j'ai tendance à envoyer plutôt vers le gynéco, moi... euh, non je n'ai pas trop de recul du coup sur les uro »

Certains praticiens avaient le sentiment que leurs confrères urologues étaient moins interventionnistes et privilégiaient la RPP en première intention.

M6 : « Les urologues n'ont pas d'instinct le besoin... de rectifier un trouble... par la chirurgie sans avoir déjà essayé la rééducation »

Mais les avis divergeaient sur ce point ...

M22 : « Et je ne suis pas sûre d'avoir déjà vue en envoyant chez l'uro en lisant les courriers « bon bah on fait de la rééducation avant » »

Concernant l'exercice en secteur rural, certains médecins ont fait part du manque de spécialistes/kinésithérapeutes spécialités.

M19 : « Nous on n'a pas de gynécos donc on n'adresse pas aux gynécos, enfin, on adresse beaucoup moins »

M7 : « En (XX) c'est compliqué ... on n'a un gros déficit en kinés actuellement »

4.2. La prise en charge pluri-professionnelle

La pluridisciplinarité

Pour la majorité des médecins, la prise en charge en RPP s'effectuait par un MK ou une sage-femme.

M1 : « Après c'est le boulot du kiné ou de la sage-femme »

Certains médecins préféraient orienter vers un MK.

M6 : « Je me repose essentiellement sur la prise en charge par notre kiné »

M9 : « Là je vais être honnête là c'est kiné... j'ignorais presque que les sages-femmes faisaient ça... »

M15 : « Les kinés [...] sont plus équipés, ils sont plus habitués »

D'autres pensaient que la prise en charge était plus spécialisée avec un MK mais jugeait que peu étaient formés.

M4 : « Qui les a réadressé vers un kiné avec qui il travaille, et qui est vraiment spécialisé dans ce domaine-là, »

M4 : « Ils ont un réseau de kiné qui font ça pour les hommes, qui est assez restreint »

En revanche, la majorité des médecins orientaient davantage vers les sages-femmes. La priorisation pouvait être expliquée par les compétences.

M4 : « Parce qu'il y a des bonnes sages-femmes là où je travaille et il n'y a pas des bons kinés »

Certaines avaient l'impression d'avoir un meilleur retour de la part des sages-femmes.

M19 : « Si, les sages-femmes font des retours, je trouve qu'elles font très bien les retours, y'a des courriers quasiment à chaque fois »

5. La formation

5.1. Les différents moyens de formation

La formation universitaire

La majorité des MG estimaient qu'il était nécessaire que les professionnels soient bien formés.

M19 : « Aller jusqu'à l'indication de biofeedback chez un enfant qui a des problèmes d'encoprésie ou d'enurésie sévère [...] bah faut des gens qui soient vachement à l'écoute et intéressés par ça »

M14 : « On m'a dit que les kinés avaient désormais le droit de faire les touchers vaginaux, qu'ils étaient formés »

Concernant la formation universitaire, la plupart d'entre eux s'accordaient à dire qu'elle était insuffisante et se résumait à un seul cours voire à quelques lignes dans un cours.

M8 : « Elle est quasi nulle (formation) »

M19 : « Peut-être un cours sur l'incontinence urinaire »

M9 : « C'était un chapitre...dans le cours...il y avait un bout de chapitre dans le cours de gynéco-obstétrique, il y avait un bout de chapitre dans le cours d'urologie et nephro uro »

La plupart des médecins ne maîtrisaient ainsi pas bien ce sujet, et cela pouvait parfois leur poser problème dans leur pratique.

M6 : « Prise en charge pas très simple...je pense par absence de formation... sauf si on passe dans un service d'urologie »

La formation universitaire était parfois critiquée par certains médecins comme étant peu en adéquation avec la pratique de médecine générale.

M5 : « Ce n'était pas le sujet le plus abordé qui soit ... ou alors c'était d'emblée sur les techniques opératoires »

M19 : « On va tout apprendre sur la sclérodermie machin chose alors que l'incontinence urinaire de la femme, c'est une sur cinq ! »

Quelques médecins n'étaient pas formés sur ce sujet au-delà de la formation proposée au cours de leur étude.

M10 : « Personnellement hormis la formation universitaire je ne me suis pas formé spécialement sur la rééducation du périnée »

D'autres ne l'avaient pas fait mais projetaient de le faire

M11 : « Ça fait partie des domaines que j'aimerais creuser en FMC... c'est la santé de la femme au sens large... »

Les stages

De nombreux praticiens mettaient en avant l'importance des stages cliniques dans la formation. Les stages de gynécologie et parfois d'urologie étaient ceux qui étaient les plus cités et qui avaient contribués le plus largement à la formation des médecins interrogés sur la RPP.

M5 : « C'est en passant en gynéco qu'on se rend compte que c'est prescrit systématiquement »

M14 : « On passait tous minimum 15 jours en suite de couches donc forcément on l'abordait avec les femmes »

M20 : « J'suis passé en uro donc on en avait un petit peu parlé »

Certains médecins déploraient ne pas avoir pu bénéficier de ces stages formateurs au cours de leur cursus universitaire.

M6 : « C'est malheureux pour une génération de médecins comme moi qui n'avont pas eu la possibilité...de faire des stages comme vous »

La formation continue

Plusieurs médecins nous avaient dit avoir été informés sur le sujet lors de journées de formation médicale continue (FMC) destinées aux MG, en particulier les journées de formation en gynécologie organisées par le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

M5 : « Sujet sur la rééducation du périnée... une organisée par le CHU, là ; à la journée de pluri-professionnelle pour médecine générale »

Pour d'autres médecins, le sujet ne semblait pas être abordé dans les formations de développement professionnel continu (DPC).

M22 : « Je n'ai jamais assisté à une formation DPC par la suite ou dans le cadre de FMC »

Les formations complémentaires

La formation qui avait été citée par quelques médecins était celle du diplôme inter universitaire (DIU) de gynécologie.

M14 : « Au DU de gynéco, il nous avait dit que la méthode manuelle était quand même beaucoup mieux que la sonde pure »

Certains avaient d'ailleurs critiqué son abord un peu restreint des indications de la RPP.

M14 : « Incontinence urinaire d'effort et en post-partum point barre »

Les pairs

Quelques médecins avaient mentionné appartenir à un groupe de pairs.

M9 : « Je fais partie d'un groupe qualité... on a déjà traité la prescription en kiné mais c'est vrai que ça pourrait faire l'objet d'un sujet lui-même »

Un des médecins nous avait indiqué avoir modifié sa pratique après avoir échangé avec ses collègues.

M7 : « J'adressais peut-être assez facilement au spécialiste initialement et puis après c'est en voyant ce que font les collègues que j'ai un peu pris le coup »

Les revues

La revue Prescrire avait été citée par plusieurs médecins et semblait être considérée comme un support fiable d'informations. Les éléments présentés pouvaient parfois différer selon l'article lu et aboutir à deux points de vue divergents sur la question de la RPP.

M4 : « Il y a eu un article très complet de Prescrire sur l'énucléation qui est sorti il y a deux mois... et il ne parle pas de la rééducation du périnée »

M7 : « Dans la revue Prescrire bah globalement ils sont plutôt d'accord pour ces techniques là »

Les recommandations

Un petit nombre de médecins mentionnaient avoir été sensibilisés via l'émission de nouvelles recommandations sur la RPP, la plupart du temps il s'agissait des recommandations vis-à-vis du post-partum.

M15 : « J'avais été sensibilisée quand il y avait eu ces nouvelles recos »

Auto-formation

Un médecin nous avait indiqué avoir fait une recherche bibliographique sur l'enurésie étant interne, et ne pas avoir de souvenir concernant le rôle de la RPP dans cette indication.

M7 : « Quand j'étais interne j'avais fait une recherche sur l'enurésie... une recherche documentaire assez poussée et je n'avais pas lu ça... à l'époque »

Pour un des médecins, c'était par la pratique du yoga qu'elle avait été sensibilisée à certaines problématiques.

M15 : « C'est vraiment le yoga qui m'a beaucoup sensibilisée là-dessus »

Un autre médecin nous confiait avoir une sensibilité particulière sur la question de la RPP par le biais de son conjoint urologue.

M21 : « Moi j'avais une petite sensibilité là-dessus du fait de mon conjoint »

Quelques médecins nous avaient dit avoir appris au fur et à mesure des expériences de consultation.

M5 : « J'ai appris sur le tas... »

5.2. Autocritique des connaissances

Formation insuffisante

Un grand nombre de médecins jugeaient leur formation insuffisante vis-à-vis de la RPP insuffisante.

M19 : « Bah je suis vraiment nul là-dedans mais ça m'intéresse de voir le résultat de votre travail » ; « Je n'en ai d'ailleurs aucune, base scientifique, sur la rééducation pelvi-périnéale » ; « Mais je pense que je n'ai pas été très bien formé là-dessus, et je ne suis pas sûr que le soyez beaucoup mieux »
M7 : « C'est en effet quelque chose que je ne maîtrise pas très bien (la rééducation du périnée) »

Formation jugée non nécessaire

Un des médecins, âgé de plus de 50 ans, estimait qu'il n'était plus en âge de se former sur le sujet.

M9 : « À mon âge... non plus maintenant (formation sur le sujet) »
M5 : « Mais je pense que le mécanisme de la fuite urinaire ne changera pas en soit... et les ...techniques vont pas non plus... énormément évoluer »

D'autres avaient simplement exprimé qu'ils n'avaient pas envie de s'informer sur le sujet car ils n'y trouvaient pas d'intérêt particulier.

M1 : « J'ai pas du tout envie de m'impliquer sur le périnée »
M20 : « Je n'en pense pas grand-chose, je ne me suis jamais posé la question »

Quelques médecins estimaient au contraire avoir des connaissances suffisantes pour la pratique quotidienne et ne ressentaient pas le besoin de se former davantage.

M6 : « Je sais reconnaître par l'interrogatoire des signes d'incontinence urinaire... je sais voir au cours d'un examen gynécologique un prolapsus...c'est largement suffisant »

5.3. Pistes d'amélioration de la formation et impact du travail de thèse

Un des médecins interrogés avait émis l'idée d'approfondir sa connaissance pratique de la RPP.

M3 : « Le théorique oui assez souvent ça revient mais... c'est peut-être qu'il aurait fallu aller un peu plus assister à de la rééducation »

Un des praticiens considérait qu'il était de la responsabilité des médecins de continuer à se former sur le sujet.

M16 : « C'est à nous de nous tenir informés aussi »

Impact du travail de thèse

Le fait d'interroger les médecins sur le sujet de la RPP avait provoqué chez plusieurs d'entre eux une remise en question sur la manière de mener leur consultation ou encore sur leur connaissance insuffisante du sujet.

M22 : « Voilà peut-être que j'ai ciblé un peu mes consultations, peut être qu'un jour j'élargirai la cible »

M16 : « Je me rends compte que c'est un sujet que je n'ai pas forcément approfondi »

M17 : « Je vais rentrer chez moi ce soir je vais potasser »

Intérêt et attentes vis-à-vis de la fiche de thèse

La plupart des médecins interrogés avaient formulé un intérêt certain vis-à-vis d'une fiche de thèse, d'un outil pratique destiné à l'aide à la prescription de RPP en médecine générale. Les attentes vis-à-vis de cette fiche étaient principalement qu'elle soit concise, qu'elle reprenne les principales indications, ainsi que le déroulement des séances. Quelques médecins souhaitaient y voir figurer les niveaux de preuve d'études en termes d'efficacité ou de grade de recommandations.

M11 : « En pratique comment ça se passe ? »

M4 M7 : « Niveaux de preuves scientifiques »

M6 : « Reprendre la définition de l'incontinence urinaire d'effort »

M7 : « Même les indications...un petit peu rare... juste pour connaissance »

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

Les MG s'accordaient tous vis-à-vis de leur rôle à part entière dans le dépistage des troubles pelvi-périnéaux en soins primaires. Les MG considéraient pouvoir intervenir à plusieurs niveaux : repérage, conseils, lutte contre les idées reçues... Leur seule intervention pouvant être suffisante dans la résolution de certains troubles.

Concernant les circonstances d'abord en consultation, beaucoup de médecins ont fait le constat d'un abord détourné par les patients, souvent en fin de consultation, ou en motif secondaire. Quelques médecins affirmaient la nécessité de poser la question directement aux patients, et estimaient ainsi dépister un plus grand nombre de personnes. La question pouvant être posée lors de l'examen gynécologique, de la consultation de suivi du post-partum, de la constitution du dossier d'un nouveau patient, ou encore chez l'homme de plus de 50 ans via le dépistage du cancer prostatique. Les questions posées se limitant surtout à l'existence de fuites urinaires, parfois de troubles sexuels, excluant quasi systématiquement la femme jeune nullipare.

Pourtant, la plupart des médecins interrogés avaient le sentiment que l'ensemble de ces troubles était vécu comme quelque chose de honteux et de très invalidant, avec une restriction des activités quotidiennes chez les patients y étant confrontés.

Les médecins rapportaient être globalement favorables à la prescription de la RPP. L'indication la plus souvent citée était l'IUE, le post-partum intervenait en seconde position. Une faible proportion des médecins interrogés avait mentionné une possible indication dans la prise en charge des dyspareunies, du prolapsus de bas grade et en pré/post-prostatectomie. En revanche, les indications dans les troubles ano-rectaux ou les douleurs pelviennes chroniques n'ont quasiment jamais été citées. Les indications chez l'homme et l'enfant étaient souvent oubliées ou méconnues, beaucoup n'ayant qu'une vague idée

des modalités pratiques. Chez l'enfant, l'immense majorité des médecins préféraient l'avis d'un expert.

La plupart des médecins interrogés prescrivaient de la RPP à leurs patients sans difficulté, et les patients y étaient globalement favorables. Le facteur principal d'adhésion semblait être la motivation du patient, ainsi que le discours tenu par le MG, et la proximité géographique du thérapeute. Les freins principaux exprimés par les patients étant le genre du professionnel (homme si la patiente est une femme), et la peur de se retrouver nu, certains médecins y ajoutant la difficulté à trouver des professionnels formés.

Une amélioration de la qualité de vie des patients était observée par la plupart des praticiens interrogés. L'efficacité de la RPP étant jugée plutôt bonne, quoique parfois limitée (stades trop évolués, patients âgés...). L'intérêt allant, pour beaucoup de médecins au-delà du médical pur, et permettant au patient d'avoir un vrai espace de parole et d'écoute et de prendre conscience de leur périnée dans la vie quotidienne.

Les principales méthodes utilisées (manuelle, biofeedback et ESF) étaient globalement connues des MG, avec une préférence pour la méthode manuelle. Concernant les appareils d'auto-rééducation, la plupart des médecins étaient peu à l'aise avec leur prescription car peu en mesure d'expliquer leur fonctionnement aux patients. Ils considéraient qu'il était nécessaire d'effectuer un travail auparavant avec un professionnel spécialisé.

Un grand nombre de médecins jugeaient leur formation vis-à-vis de la RPP insuffisante, beaucoup déploraient une formation universitaire théorique quasi inexistante sur le sujet. De nombreux praticiens mettaient en avant l'importance des stages cliniques dans la formation, en gynécologie principalement. Les autres moyens de formation étant principalement la participation à des journées de FMC et/ou l'inscription à un DIU spécialisé. Cependant, une partie des médecins interrogés ne souhaitaient pas s'investir davantage concernant ce sujet pour diverses raisons, d'autres estimaient avoir des connaissances suffisantes pour la pratique quotidienne.

Enfin, plusieurs médecins interrogés signalaient avoir pris conscience de l'intérêt de la RPP lors de la réalisation de ce travail de thèse, et manifestaient un réel intérêt pour un outil d'aide à la prescription.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces

L'originalité de ce travail était de tenter de connaître les connaissances et les représentations des MG sur la RPP, ainsi que les freins éventuels. Ce sujet n'a été que très peu abordé dans la littérature, pour preuve la recherche « rééducation périnéale et médecine générale » sur la base de données SUDOC ne rapporte que 15 résultats (dont 3 doubles), la majorité portant sur le post-partum. A titre de comparaison, la recherche « contraception et médecine générale » obtient 584 résultats.

L'approche de l'étude a permis de collecter des informations relatives aux MG, notamment concernant leurs expériences et représentations, afin de mieux identifier les déterminants à la prescription de la RPP. Le recrutement initial des médecins a été réalisé en variation maximale, permettant d'obtenir une hétérogénéité de l'échantillonnage selon l'âge, le sexe, le secteur d'exercice (rural, urbain...) et localisation géographique. Le guide d'entretien a été modifié en fonction des premiers propos recueillis.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité COREQ. La saturation des données était confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires qui n'ont pas mis en évidence de nouvelle donnée. Ces lignes directrices ont permis d'augmenter la validité interne de l'étude. La triangulation des données a permis de confronter et de limiter les interprétations personnelles de chacun des investigateurs.

2.2. Limites

Biais de sélection

Le biais de sélection est une limite récurrente de la méthode par entretien. Or, dans notre cas, la diversité a été recherchée, non la représentativité. La population était composée uniquement de médecins généralistes. Afin d'enrichir les résultats par la diversité des formations et des pratiques, il aurait pu être intéressant d'interroger des urologues ou des gynécologues...

Biais de désirabilité

Le recrutement des participants s'est effectué sur la base du volontariat. L'échantillonnage était ciblé et diversifié, mais le recrutement de certains médecins était facilité par les stages effectués durant le cursus de formation du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale, ou lors de remplacement, ce qui avait pu constituer un biais dans la sélection, mais également dans l'échange avec les médecins lors des entretiens. Ces derniers pouvaient peut-être se sentir plus à l'aise (ou au contraire plus gênés) face à l'étudiante, pour répondre aux différentes questions. Ce biais a été réduit en variant l'échantillonnage de ces populations et en interrogeant des médecins non connus. Par ailleurs, certains participants s'auto-jugeaient négativement, ou demandaient un retour positif quant à leur réponse.

Biais de déclaration

Il est probable que les participants ayant répondu favorablement à nos mails soient ceux pour qui le sujet semble important. Les propos des MG les plus désintéressés n'ont probablement pas été recueillis. La méthode déclarative constituait un biais pour l'interprétation des données récoltées.

Six entretiens ont été enregistrés par visioconférence du fait de l'impossibilité de réaliser une interview en face à face à cause de l'épidémie de coronavirus. Ce biais a été atténué par la prise en compte du langage non verbal.

Par ailleurs, l'inexpérience des étudiantes réalisant leur première étude qualitative pouvait influencer la qualité et la maîtrise des entretiens. De plus, l'analyse au fil de l'eau retrouvait dans les premiers entretiens une non-exploration de certains thèmes abordés par les médecins. L'adaptation secondaire du guide d'entretien, avait permis une meilleure qualité des relances, au fur et à mesure de l'avancement des interviews.

La méthode de théorisation ancrée nécessite pour le chercheur un état d'esprit complètement neutre que ce soit durant les entretiens ou bien durant l'analyse des données. Le statut de futur MG des chercheurs a pu introduire un biais de subjectivité dans l'interprétation des résultats. Durant l'analyse, le double codage et la triangulation des données a pu limiter l'influence de ce biais.

3. Comparaison avec les données de la littérature

3.1. La vision du périnée

Une thèse (38) a évoqué la vision du périnée par les femmes en post-partum.

Comme pour la plupart des MG, les femmes parlaient d'un « muscle », et quelques-unes donnaient même sa localisation « qui se situe entre le vagin et l'anus ». Certaines évoquaient le périnée en le comparant à un « hamac ». La majorité des femmes parlaient du rôle du périnée en termes de soutien des organes comme de nombreux MG. Une seule associait le périnée à un « organe » à part entière ou présentait de manière très imagée : ce qui n'était pas le cas des MG.

Dans cette thèse, l'auteur a montré qu'une seule femme, qui travaille dans le domaine médical, avait des connaissances sur le périnée, son existence, sa fonction, avant la première grossesse ou RPP. La plupart des femmes interrogées ont évoqué leur préparation à l'accouchement. Ces dernières ont été bien informées pendant les cours, sur le périnée et sa fonction.

Dans cette thèse de médecine générale (38), une analyse de la façon dont les femmes ont eu l'information pour la RPP a été effectuée. La personne à l'origine de la réalisation des séances était différente pour la plupart des femmes:

- une amie (un MG nous avait informé qu'une de ses patientes avait été conseillée par une copine)
- un professionnel l'exerçant : MK ou sage-femme
- un médecin : gynécologue de l'hôpital, (souvent cité dans nos entretiens aussi)
- une seule femme a cité son MG

Il est étonnant de voir que seulement une femme sur 14 a été conseillée par son MG.

3.2. L'adhésion

Dans cette même thèse, il avait été demandé aux femmes ce qui pouvait avoir été un facteur limitant dans la réalisation des séances. Les différents freins retrouvés étaient : « *un manque de temps* », « *le mode de garde du bébé* », « *pas de besoin* », « *pas de symptômes* », « *pas envie* », « *un thérapeute masculin* », « *la nudité* », « *l'intimité* », « *les techniques* », « *la relation avec le thérapeute* », « *trouver un thérapeute* », « *honoraires des séances* ». Ces freins correspondent pour la plupart à ceux formulés par les MG, preuve que leur vision de ce que pensent les patients est plutôt en adéquation avec la réalité.

Le principal frein étant le manque de temps. Si les médecins avaient mis en avant les difficultés quant à l'intimité du soin et la peur de se retrouver nu, la plupart des femmes l'ont bien vécu : « *J'ai pas eu particulièrement de problème par rapport à la nudité avec la kiné* », « *On perd un peu de sa pudeur et puis la sage-femme était très respectueuse* ». Une seule femme n'aurait pas effectué la RPP si elle avait été à faire avec un thérapeute masculin, ce facteur est donc peut-être un peu surestimé par les MG.

L'établissement d'une relation de confiance entre la femme et le thérapeute était un point extrêmement important qui conditionnait le succès de la RPP, certaines déplorant le fait d'avoir été un peu laissées à elles-mêmes avec une sonde dans le vagin.

Les bénéfices évoqués par les MG étaient globalement les mêmes que ceux rapportés par les femmes interrogées notamment la prise de conscience : « *J'ai vraiment tout appris, j'ai découvert pleins de choses, euh, et j'ai vraiment pris conscience à ce moment-là, de mon périnée* » ; l'efficacité « *j'ai vu la différence en quelques séances, j'ai vu comment ça progressait (...) au fur et à mesure que je faisais les exercices quotidiennement, je sentais une évolution* » et le fait d'avoir un espace d'écoute « *C'était un moment pour moi* ».

3.3. Rééducation pelvi-périnéale : efficacité et recommandations

Efficacité et résultats dans l'incontinence urinaire

La quasi-totalité des médecins reconnaissaient un intérêt et une efficacité à la RPP dans l'IU. D'ailleurs, dans les IUE, elle aboutit dans 80 % des cas à un résultat favorable (39).

A court, moyen et long terme

La RPP améliore immédiatement près de 70 % des patientes. A moyen et long terme, les résultats sont difficiles à évaluer, 50% d'entre elles demeurent cependant satisfaites. La RPP permettrait de se substituer à la chirurgie dans bon nombre de cas. En effet, 30 à 40 % des femmes rééduquées ne seraient pas opérées. Schématiquement, les résultats montrent un tiers de guérison, un tiers d'amélioration et un tiers d'échec (40).

A court terme, les résultats d'une méta-analyse parue en 2014 sur plus de 1000 patientes présentant tous types d'IU ont montré un taux de guérison objective 5,5 fois supérieur et une amélioration des symptômes 17 fois supérieure dans le groupe RPP (le plus souvent par feedback manuel) par rapport au groupe contrôle. Ces résultats sont encore plus probants chez les

patientes présentant une IUE. L'efficacité à long terme (plus d'un an après son arrêt) n'a pas pu être évaluée convenablement en raison des effectifs limités (41).

A moyen terme, la diminution de l'IUE semble persister durant la première année, surtout si les exercices de renforcement sont poursuivis de manière assidue à domicile (3).

En l'absence de données robustes, les résultats à long terme sont difficilement appréciables et il n'est pas certain que les effets observés à court et moyen terme soient durables dans le temps (42). En effet, bien qu'après un an, 47 % des patientes se déclarent guéries ou améliorées par la RPP, ce taux régresse rapidement (25% des femmes restant améliorées à la fin de la troisième année) (30).

Comparaison des techniques

➔ Dans l'IUE :

- La rééducation manuelle améliore la contraction des muscles périnéaux mais n'est pas associée à une augmentation de la pression de clôture urétrale maximale ou à une correction de l'hypermobilité urétrale(43). Néanmoins, les résultats sont corrects avec 11 % de guérisons et 44 % d'amélioration sur un suivi de 7 ans (30).
- Le biofeedback instrumental est efficace dans l'IUE en association aux exercices du plancher pelvien (3). Utilisé seul, les données disponibles dans la littérature sont plus limitées (44).
- La rééducation par ESF : les données sur l'ESF avec sondes montrent 66 % à 89 % de bons résultats pour l'IUE et 49 à 72% pour l'IUU à court terme. Cependant, elle n'est pas supérieure à la rééducation manuelle (30).

- Les cônes vaginaux : Actuellement, aucune étude robuste n'a prouvé l'efficacité des cônes vaginaux. Ils ne seraient notamment pas supérieurs à la rééducation musculaire pelvi-périnéale ou l'ESF (45).

Soulignons qu'il n'existe aucune supériorité d'une technique par rapport aux autres.

➔ Dans l'IUU :

La RPP dans la prise en charge de l'IUU est bien moins évaluée que dans l'IUE, mais semblerait associée à une amélioration des symptômes. En effet, la RPP, en prenant en compte ses différentes modalités, donne des résultats similaires au traitement par anticholinergique (disparition des urgencies dans 57% versus 64% des cas) (46).

La rééducation comportementale apparaît comme le traitement de première intention dans l'IUU, avec 81 % de réduction des fuites contre 69% pour le traitement médical (30).

Recommandations

La RPP constitue la pierre angulaire du traitement de l'IU, notamment IUE chez la femme ménopausée. En effet, les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français la propose en première intention dans la prise en charge de l'IUE ou IUM (Grade de recommandation C). La rééducation comportementale, axée sur l'éducation thérapeutique, est quant à elle recommandée en première ligne en cas de symptômes d'urgenturie prédominants (Grade de recommandation C) (47). Il en est de même pour la communauté urologique qui recommande la RPP en première intention chez les femmes présentant une IUE, en particulier s'il s'agit d'une IU sans prolapsus, avec un testing périnéal de mauvaise qualité et/ou avec inversion de la commande pelvi-périnéale (48).

Efficacité en post-prostatectomie

Il est à noter que pour beaucoup de médecin, l'impact de la RPP sur la récupération de la continence urinaire après une prostatectomie radicale est encore controversé.

Il existe différentes méthodes, technique de KEGEL, technique de biofeedback ou ESF par voie endo-anale... L'ensemble des études avec groupe contrôle montre que la RPP est efficace après prostatectomie totale.

Une étude (49) a testé l'efficacité de la rééducation par biofeedback pour améliorer l'IU dans les 12 mois suivant une prostatectomie radicale. 73 patients ayant subi une prostatectomie radicale étaient randomisés dans un groupe de traitement recevant un entraînement des muscles du plancher pelvien par biofeedback une fois par semaine pendant 3 mois ainsi que des exercices à domicile ou un groupe témoin. Les patients étaient évalués 1, 3, 6 et 12 mois après l'opération. La continence était définie comme l'utilisation d'une serviette hygiénique ou moins par jour et la gravité de l'incontinence était mesurée par le test le pad-test de 24 heures. Les symptômes d'incontinence et la qualité de vie étaient évalués à l'aide du questionnaire masculin court de l'ICS et du questionnaire sur l'impact de l'incontinence. La force musculaire du plancher pelvien était évaluée avec le score d'Oxford.

Au total, 54 patients (26 entraînements des muscles du plancher pelvien et 28 témoins) ont terminé l'essai. La durée de l'incontinence était plus courte dans le groupe de traitement. Au 12^{ème} mois post-opératoire, 25 (96,15%) patients dans le groupe de traitement et 21 (75,0%) dans le groupe témoin étaient continent (p = 0,028). La réduction du risque absolu était de 21,2% (IC à 95% 3,45–38,81) et le risque relatif de récupération de la continence était de 1,28 (IC à 95% 1,02–1,69). Le nombre à traiter était de 5 (IC à 95% 2,6–28,6). Dans l'ensemble, il y avait des changements significatifs dans les deux groupes en termes de symptômes d'incontinence, de symptômes des voies urinaires inférieures, de qualité de vie et de force musculaire du plancher pelvien (p < 0,0001).

L'étude a conclu que la RPP par biofeedback accélère non seulement la récupération de la continence urinaire après une prostatectomie radicale, mais permet des améliorations significatives de la gravité de l'incontinence, des symptômes mictionnels et de la force musculaire du plancher pelvien 12 mois

Un article (50), en adéquation avec les recommandations d'UROFRANCE, mentionne que l'IU est une conséquence fréquente de la chirurgie prostatique et de la cystoprostatectomie, pour laquelle la rééducation apparaît comme un traitement de première intention efficace, de faible coût et avec une morbidité nulle. La rééducation avant l'intervention semble accélérer la récupération de la continence post-opératoire.

Les moyens mis en œuvre pour répondre à la demande des patients ont été validés par l'Association Européenne d'Urologie. Les exercices musculaires supervisés instaurés en avant ou après l'opération bénéficient d'un grade B de recommandations. La RPP constitue actuellement le traitement de première intention et elle s'appuie sur de nombreuses recommandations internationales.

En post-partum

Depuis 2015, de nouvelles recommandations ont été formulées, la RPP n'est donc plus obligatoire dans le post-partum. Elle reste cependant recommandée pour traiter une IU persistante à 3 mois du post-partum (grade de recommandation A), et ce quel que soit le type d'incontinence, ainsi que pour traiter une IA du post-partum (grade de recommandation C). La RPP du post-partum n'est à ce jour pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade de recommandation C) ou des dyspareunies (grade de recommandation C).

L'indication de rééducation en post-partum n'est pas systématique selon le rapport HAS (51). La prescription de séances de rééducation du post-partum découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de l'examen clinique effectué au cours de la consultation postnatale.

Après lecture de ces recommandations, peu d'études ont été menées sur le long terme et à grande échelle. Elles se réfèrent donc majoritairement aux études à court terme, à un an du post-partum.

Les appareils d'auto-rééducation

La plupart des MG s'accordaient à dire que cette méthode était peu efficace sans encadrement et apprentissage à l'aide des professionnels paramédicaux. Au cours de ce travail, un seul médecin était prescripteur, mais sa justification d'une telle prescription était de pallier au manque de professionnels sur son territoire.

Une étude clinique (52) randomisée, contrôlée, en double aveugle, a cherché à comparer deux types d'appareil d'ESF sur 12 semaines. 50 femmes présentant une IUE ont été incluses. Le résultat principal est une différence non significative entre les deux programmes. Cependant, cette étude suggérerait qu'après 12 semaines de rééducation avec un appareil d'auto-rééducation, en utilisant le score d'Oxford modifié, 40% des sujets du groupe témoin et 47,6% du groupe actif avaient une contraction bonne ou modérée de la force musculaire pelvienne au départ. Ce chiffre est passé à 82,4% et 81,3% respectivement à 12 semaines. Cette étude permet de montrer que les appareils d'auto-rééducation pourraient être efficaces.

Une autre étude (53) a évalué l'efficacité d'INNOVO dans le traitement de l'IUE. Neuf femmes ont été incluses dans cette étude. A la fin de la première semaine, une diminution de 87,43% des fuites aurait été notée. À la fin de l'étude, les participantes auraient signalé une diminution de 97,71% des fuites ($p = 0,0001$). Les changements notés dans le questionnaire sur l'impact de l'incontinence et les scores d'Oxford modifiés étaient significatifs ($p = 0,0001$ et $p = 0,0001$). Il faut donc noter que cette étude est réalisée sur très peu de participantes (9 patientes) et dans un contexte d'IUE.

Cependant, certains MK ont une opinion défavorable sur cette méthode. Elle serait peu efficace et son intérêt débattu car elle ne renforce pas le périnée à proprement parler mais les groupes musculaires adjacents.

Une étude (54) a comparé l'efficacité et l'innocuité d'un appareil de stimulation électrique externe neuromusculaire (INNOVO) avec un appareil intravaginal pour le traitement de l'IUE. Cette étude prospective, en simple aveugle, multicentrique, de non-infériorité a randomisé 180 femmes atteintes d'IU pour un traitement avec INNOVO ou le dispositif de comparaison pendant 12 semaines. Le critère d'évaluation principal était la proportion obtenant une réduction de > 50% du poids du tampon par rapport à la valeur initiale à 12 semaines dans le test de poids provoquant du tampon. INNOVO a considérablement amélioré les mesures objectives et subjectives d'IUE, bien que la non-infériorité statistique n'ait pas été établie (NMES 56,3% vs comparateur 63,0%). Des améliorations significatives ont été observées avec les deux appareils à la douzième semaine, sans différence cliniquement pertinente entre les groupes. INNOVO a été bien toléré et associé à moins d'infections des voies urinaires que le comparateur.

Une autre étude (39) a mis en avant que la RPP était un dispositif efficace mais que pour garder ce bénéfice il était nécessaire de poursuivre les exercices à domicile. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'utilité de GYNEFFIK, un électrostimulateur périnéal dans cette phase d'auto-prise en charge. Les patientes incluses dans l'étude (95 au total) étaient âgées de 27 à 83 ans. Deux groupes de femmes ayant une IUE ou IUM avec prédominance à l'effort ayant bien répondu à la prise en charge par un MK, ont suivi un programme de rééducation à domicile, un des groupes a utilisé un appareil d'électrostimulation (GYNEFFIK). La comparaison entre les groupes a porté sur la fréquence du maintien du bénéfice de la RPP initiale. Une analyse intermédiaire, prévue par le protocole, a été réalisé sur 95 patientes (la moitié de l'effectif calculé). Le bénéfice thérapeutique de la RPP initiale a été maintenu chez 87,8% des patientes du groupe GYNEFFIK contre 52,2 % des patientes ayant bénéficié

d'une prise en charge habituelle sans utilisation d'électrostimulation (« usual care ») ($p = 0,0001$).

L'ensemble de ces études sont donc en faveur d'une efficacité, peut-être plus marquée pour entretenir une RPP préalable. D'ailleurs, la plupart des médecins nous avouaient ne pas en prescrire et que les patientes qui en utilisaient avaient été d'abord en RPP avec un professionnel qui ensuite leur avait conseillé un appareil pour poursuivre les exercices au domicile.

Certains appareils d'auto-rééducation peuvent être utilisés par les hommes, certains leurs sont même réservés (Keat men). Neurotrac, Cefar Compex, Schwa-Medico (urostim), ou Neen (pericalm) proposent des appareils d'électrostimulation périnéale, est offre de très bons résultats en RPP masculine.

Quelques médecins ont mentionné le coût et la possibilité de se fournir sur internet. Ces appareils sont conventionnés sous le code LPP 1189270. Ils sont pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 60 % et par la mutuelle à hauteur de 40%. Le médecin doit inscrire sur l'ordonnance : « *Achat d'un électrostimulateur neuromusculaire pour incontinence sphinctérienne* ». Le plafond du remboursement est fixé à 304,90 euros. Ils sont effectivement accessibles sur de nombreux sites internet.

Efficacité de la rééducation dans les prolapsus pelviens

Plusieurs études (55), (56) ont désormais démontré l'efficacité de la RPP dans le traitement des prolapsus de bas à moyen grade. Une étude, publiée dans le prestigieux Lancet, étude de haut niveau de preuve multicentrique, randomisée et contrôlée, a prouvé chez les femmes ayant effectué de la RPP à raison de 5 séances en 16 semaines (à 0, 2, 6, 11, et 16 semaines), une réduction significative des symptômes en lien avec le prolapsus. Ce constat se maintenant à 6 et 12 mois (56).

Doit-on pour autant diaboliser la chirurgie ?

Pour des prolapsus plus avancés ou des femmes désireuses de se faire opérer, la chirurgie reste une option tout à fait satisfaisante et plutôt sûre. De nombreuses études attestent d'un gain important en termes de qualité de vie, et une grande satisfaction des patientes vis à vis de la chirurgie, notamment une étude finlandaise de grande envergure menée en 2015 qui a interrogé 83% des femmes opérées pour un prolapsus cette année-là (57).

De plus, les techniques chirurgicales mini-invasives se perfectionnant au fur et à mesure des années, les risques opératoires (2% de complications actuellement) et le taux de ré-opération diminuent (58).

La RPP apparaît donc comme l'un des traitements possibles du prolapsus de bas à moyen grade, symptomatique. Il permet de soulager efficacement les symptômes en lien avec celui-ci et est une alternative de choix pour les femmes souhaitant différer ou contre-indiquées à la chirurgie.

« Les traitements conservateurs sont réservés aux patientes atteintes de prolapsus modérés : – le rappel des règles hygiéno-diététiques (perte de poids) et la modification du mode de vie; – la RPP vise à renforcer la musculature pelvienne afin de stabiliser l'évolution du prolapsus ; – la mise en place d'un pessaire permet de réduire la gêne fonctionnelle du prolapsus ; ses indications actuelles sont devenues moins fréquentes et concernent surtout les patientes à très haut risque chirurgical ou qui refusent la chirurgie »

Des recommandations HAS sur le sujet doivent être éditées dans les prochaines semaines (59).

Rééducation et troubles fonctionnels ano-rectaux

Incontinence anale

Quelle efficacité ?

La littérature fournie sur le sujet environ 470 publications dont 22 essais randomisés contrôlés font référence au biofeedback dans le traitement de l'IA.

Le rôle de la RPP va être le travail sur la qualité et la force des contractions des muscles striés du sphincter anal notamment en biofeedback. Le but est aussi d'améliorer la perception de la sensibilité intra-rectale à la distension (rééduquer le cerveau pour qu'il reconnaisse quand le rectum est « plein » et qu'il envoie le signal approprié aux muscles et vice-versa) ce qui peut se faire via l'utilisation de ballonnets. Enfin, l'ESF va venir en renfort du travail sur l'amélioration de la contraction du sphincter anal en utilisant des fréquences particulières qui vont pouvoir stimuler les différents types de fibres (lente et rapide) du sphincter anal mais aussi des différents faisceaux du releveur de l'anus, ainsi qu'en améliorant le contrôle neurologique.

L'efficacité de la RPP dans cette indication particulière est toujours en cours d'évaluation. Si une revue de la littérature de la Cochrane Library (analysant des articles antérieurs ou jusqu'en 2002) n'avait pas pu prouver l'efficacité du biofeedback et/ou des exercices de contractions sphinctériennes, du fait d'un trop petit nombre d'études de qualité méthodologique suffisante, elle suggérait néanmoins que ces techniques pouvaient avoir un effet thérapeutique, sans qu'il est pu être formellement établi (60).

Cependant, de plus en plus d'études récentes suggèrent une efficacité de la RPP dans la prise en charge de l'incontinence fécale. Une étude randomisée contrôlée de 2014, parue dans le journal « *Digestive and Liver Disease* », a étudié 157 patients souffrant d'IA : la moitié d'entre eux ont reçu un traitement par biofeedback. Le critère de jugement principal étant une amélioration des

symptômes basé sur une autoévaluation. Au bout de 4 mois de suivi le taux de succès dans le groupe biofeedback était significativement supérieur au groupe contrôle 57 vs 37% (61).

Une autre étude parue dans la revue « *Diseases of the Colon & Rectum* » en septembre 2000 étudiait les effets à long terme de la RPP, en particulier par la méthode du biofeedback chez des patients souffrant d'incontinence fécale (post-chirurgicale, post-partum, maladie neurologique chronique et idiopathique) : 60% des patients jugeaient les résultats de la RPP comme bons à très bons immédiatement après la période de traitement, résultat qui se maintenait à 41% à 4 ans post-traitement (62). L'étude précisait que le nombre moyen de séances était de seulement trois, et que les résultats restaient encourageants à long terme sur l'efficacité de cette prise en charge. Il pourrait encore être accru en augmentant le nombre de séances et en les maintenant dans le temps (séances d'entretien).

Chez les patients atteints d'incontinence fécale post-chirurgicale, en particulier post chirurgie pelvienne carcinologique, la RPP a également démontré son efficacité sur des études de petite ampleur, comme dans cette étude chinoise de 2015 qui a étudié une population de 32 patients ayant suivi une RPP associant ESF et biofeedback, et qui a mis en évidence une réduction de la fréquence des selles significative entre avant et après rééducation, conduisant à une réduction drastique du nombre de patients ayant besoin de médicaments anti-diarrhéiques de 27 à 9 en fin de programme (63).

Elle pourrait par ailleurs avoir un intérêt dans la prise en charge des patients avec des troubles ano-rectaux (difficulté d'évacuation ou IA) atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), comme le suggère cette revue de la littérature parue en juin 2019 (64).

Recommandations

Les études restent cependant trop peu nombreuses, et de niveau preuve insuffisant pour pouvoir formuler des recommandations officielles. On peut cependant se baser sur les recommandations actuelles datant de 2012 de la Société Française de colo-proctologie :

« Chez les personnes souffrant de troubles de la continence malgré une régulation du transit et de la consistance des selles, il est recommandé de recourir à des stratégies rééducatives du périnée (Grade B). Celles-ci peuvent être précédées d'une manométrie ano-rectale afin de rechercher une anomalie de la sensibilité rectale accessible à la rééducation (Grade C). La rééducation doit être globale et doit comprendre un abord périnéo-sphinctérien, associé à un abord de la sangle abdominale. Il existe différentes techniques de rééducation (exercices du plancher pelvien ; biofeedback ; ESF). Le biofeedback est la méthode de rééducation la plus efficace (Grade B). L'ESF ne peut pas être utilisée seule dans cette indication (Grade C). Un nombre de séances entre 10 et 20 doit être proposé avant une nouvelle évaluation (AP) » (65).

Efficacité de la rééducation dans la constipation terminale

Un seul médecin a évoqué la rééducation en s'interrogeant sur sa potentielle utilité dans les troubles fonctionnels intestinaux (TFI), pourtant dans le cas particulier de la dyssynergie ano-rectale, la RPP, en particulier la méthode de biofeedback a démontré son efficacité dans de nombreuses études.

A titre d'exemple, une étude publiée en 2011 dans le « *Arab Journal of Gastroenterology* », a étudié une population de 60 patients atteints de constipation terminale. Ceux-ci étaient pris en charge en rééducation par du biofeedback, à raison d'une séance par semaine, pendant 6 semaines en moyenne. L'efficacité a été évaluée à un mois et un an, et le suivi a été maintenu jusqu'à 2 ans. A la fin de l'étude, la quasi-totalité des patients (92%) rapportait une amélioration de leur qualité de vie et une réduction de leurs symptômes

(66). Dans la plupart des études, le taux d'efficacité dans cette indication particulière est autour de 70 à 80% (67).

Recommandations

« La RPP par biofeedback est recommandée pour le traitement de la constipation avec asynchronisme abdomino-pelvien. (Niveau I, Grade A) »(68).

D'autres conditions telles que le périnée descendant, les prolapsus (rectocèle, intusseption rectale) n'ont volontairement pas été abordés ici, car on ne peut pas être exhaustif étant donné la quantité de choses à dire sur le sujet. Néanmoins, là encore, la rééducation peut être une possibilité thérapeutique intéressante à intégrer encore et toujours dans une prise en charge globale et multidisciplinaire.

Sexualité

Dysfonction érectile

Au Congrès européen d'urologie de Stockholm (Suède) qui s'était tenu du 11 au 15 avril 2014, l'équipe dirigée par le Dr Antonio Pastore (Université Sapienza de Rome) avait présenté les bienfaits des exercices du plancher pelvien dans le traitement de l'éjaculation précoce avec des résultats positifs.

Pour autant, à ce jour, aucune recommandation d'une société savante ne propose la rééducation du plancher pelvien. Une revue de la littérature (24) a étudié les preuves de l'efficacité de la rééducation du périnée dans la dysfonction érectile. Elle a répertorié six essais cliniques randomisés publiés. Ainsi, toutes les études ont conclu à des améliorations dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin. Mais, seules 5 études sur 6 ont démontré que ces résultats sont statistiquement significatifs. Dans les 6 études, les effets à un an étaient maintenus. Toutefois, ces études ont porté sur des populations hétérogènes et les protocoles de rééducation par renforcement des muscles du plancher pelvien étaient différents d'une étude à l'autre. Toutes les études

utilisaient le renforcement du périnée par exercices, une seule étude avait ajouté l'ESF.

Une étude observationnelle de cohorte (69) avait inclus 230 hommes (122 présentant une dysfonction érectile isolée et 108 présentant une éjaculation précoce isolée.) La rééducation consistait en des séances de 30 minutes de contractions volontaires couplées à l'ESF. La rééducation des muscles du plancher pelvien s'est avérée bénéfique dans la dysfonction érectile. Cependant, ses effets sur les symptômes de l'éjaculation précoce, malgré les gains de pression intracaverneux, étaient beaucoup plus difficiles à évaluer. Bien qu'on puisse croire fermement que la rééducation semble efficace, on ne peut toujours pas l'affirmer définitivement car, il faudrait clairement poursuivre les études à ce sujet.

Douleurs périnéales

Quelques médecins avaient adressé leurs patientes en rééducation pour la prise en charge de dyspareunie, il restait cependant peu nombreux à citer cette indication spontanément.

Algies ano-périnéales

Les algies périnéales, concerneraient 4 à 5% des consultations de proctologie. Autrefois, rapidement catégorisées comme des douleurs purement psychologiques, sans substrat anatomique identifié, les progrès de la science notamment en neurophysiologie ont permis une meilleure compréhension de ces syndromes douloureux. Il existe aujourd’hui cinq grandes entités nosologiques qui ont été identifiées : le syndrome des releveurs, les douleurs liées aux troubles de la statique pelvienne, la névralgie pudendale, la proctalgie fugace, et les algies essentielles ou psychogéniques.

Pour certaines de ces entités, telles que le syndrome des releveurs « *une hypertonie douloureuse des muscles releveurs de l’anus, secondaire à un conflit*

ostéo-ligamentaire régional », ou les troubles de la statique pelvienne, la prise en charge rééducative, en plus des conseils posturaux et du traitement antalgique, peuvent permettre une amélioration (70).

Dyspareunies

Dans le cadre d'une étude rétrospective, Bergeron et al. (2002b) ont démontré que 71% des femmes atteintes de vestibulodynie avaient une réduction significative des douleurs et une amélioration de leur fonction sexuelle, suite à une prise en charge en RPP.

Dans une autre étude observationnelle, Dionisi et al. (2008) retrouvaient une amélioration des douleurs chez 75% des femmes atteintes de vestibulodynie suite à dix séances de traitements combinant plusieurs modalités de rééducation.

Une revue systématique de la littérature des études menées en 1990 et 2017 sur la prise en charge en rééducation des douleurs périnéales chroniques ou des dysfonctions sexuelles semble indiquer qu'elle permettrait de réduire efficacement les douleurs, et d'améliorer la qualité de vie, y compris au niveau la fonction sexuelle, allant jusqu'à faciliter l'atteinte de l'orgasme chez certaines patientes (71).

Il faudrait cependant d'autres études, randomisées contrôlées, afin de pouvoir confirmer l'efficacité de la RPP dans la prise en charge des dyspareunies (23).

Efficacité en pédiatrie

La plupart des médecins interrogés ne semblaient pas avoir eu recours à la rééducation dans la prise en charge d'enurésie ou d'encoprésie chez l'enfant, et pour cause, la possibilité même d'une rééducation chez l'enfant était méconnue de la quasi-totalité d'entre-eux. La majorité s'accordait à dire qu'avec

de la réassurance parentale, des conseils adaptés (installation au WC, restriction des boissons après 17h...) et éventuellement un traitement médicamenteux de première ligne (laxatifs, Minirin...) les choses rentraient dans l'ordre. En cas de persistance des troubles, la quasi-totalité des médecins interrogés sollicitaient l'avis d'un pédiatre.

Énurésie

Prise en charge

La première étape consiste à classer l'énurésie en énurésie primaire isolée polyurique ou à petite vessie. Pour l'énurésie polyurique, la restriction de boissons après 17h, et une diminution des boissons ou aliments diurétiques (caféine, boissons gazeuses) permet d'améliorer jusqu'à 20% des enfants atteints d'énurésie. Ces changements, associés à un traitement par desmopressine ou à l'utilisation d'alarmes chez les enfants et familles motivés, est dans la grande majorité du temps efficace.

Cependant, chez des enfants avec une énurésie en lien avec un trouble de l'élimination urinaire soit par contraction désinhibée du détrusor, hypertonie sphinctérienne, ou problème de coordination détruso-sphinctérienne, une prise en charge en rééducation par un MK spécialisé peut s'avérer efficace (72).

Il existe alors plusieurs modalités qui vont des exercices de contraction simples aux exercices couplés au rétrocontrôle visuel par le biofeedback ou encore à l'électrostimulation interne ou externe. L'important est que cela soit fait en accord avec les souhaits de l'enfant et avec un thérapeute formé à cette prise en charge spécifique (annexe 8).

Depuis quelques années, le TENS s'est imposé comme faisant partie à part entière de l'arsenal thérapeutique. Plusieurs études ont ainsi démontré son efficacité dans la réduction des symptômes dans 60 à 70 % des cas, allant parfois jusqu'à la guérison complète (73).

Efficacité

Une étude s'est intéressée à comparer l'efficacité de plusieurs méthodes de rééducation chez 90 enfants, âgés de 8 à 12 ans, et présentant une énurésie réfractaire. 3 groupes de 30 enfants ont été formés, chacun des groupes recevait une rééducation comportementale à laquelle était associée dans le premier groupe une rééducation via des exercices de contraction simple, dans le deuxième groupe un biofeedback via une sonde intra anale, et dans le troisième groupe une ESF intra-rectale également. Le biofeedback reposait notamment sur l'utilisation de jeux pour rendre le processus plus ludique. Après un mois de traitement, aucun des enfants n'était répondeur. A la fin des 12 semaines de rééducation, 23% des enfants étaient répondeurs au moins partiels dans le groupe contrôle (exercices de rééducation simples), 60% dans le groupe biofeedback et 86% dans le groupe ESF (74).

Encoprésie

Une étude parue dans *Kinésithérapie, la Revue* en 2006 a étudié de façon rétrospective 22 enfants admis dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHU de Lille. Il y avait autant de filles que de garçons, et l'âge moyen des participants était de 9.5 ans. Parmi eux, 17 enfants étaient constipés de façon chronique, et 5 étaient incontinents (y compris sur malformation ano rectale). Il y avait 10 séances d'une heure, associant à chaque fois deux axes de traitements : éducatif (tenue d'un calendrier, apprentissage d'une bonne installation, bases anatomiques) et fonctionnel via du biofeedback et le contrôle sphinctérien. Chez les enfants constipés, les résultats ont été très encourageants puisque 2% d'entre eux ont constaté une amélioration de la fréquence des selles, 64% une diminution de la fréquence des souillures et près de la moitié du traitement laxatif ou des lavements. Chez les enfants incontinents, les résultats ont été encore plus spectaculaires avec une amélioration de 84% de la fréquence des fuites (75).

Une étude clinique randomisée contrôlée, parue dans le *Journal of Pediatrics* a permis de conforter ces résultats. En effet, 41 patients âgés de 5 à 16 ans ont été assignés de façon aléatoire à un groupe contrôle recevant le traitement conventionnel, et un autre au traitement conventionnel associé au biofeedback. Autre fait intéressant, les résultats ont été évalués sur le long terme à 7 et 12 mois à la fois sur la base de résultats cliniques et psychologiques de satisfaction. Au terme des 12 mois d'étude, 16% des patients traités selon la méthode conventionnelle avait récupéré de leur trouble contre la moitié des patients traités par biofeedback. Il semblerait que parmi les enfants ayant appris la dynamique normale de la défécation via le biofeedback notamment, l'utilisation d'un ballonnet n'améliorait pas de façon significative l'efficacité de la rééducation (76).

Recommandations

Compte tenu du peu d'études de haut niveau de preuve (petits échantillons, problèmes méthodologiques), il n'existe à ce jour pas de recommandations officielles pour l'utilisation de la RPP dans le cadre de troubles mictionnels ou ano-rectaux chez l'enfant. Néanmoins, si les traitements de première ligne ont échoué, la RPP apparaît comme une option à envisager, et peut amener à de bons résultats si elle est réalisée par un professionnel formé à l'usage de ces techniques chez l'enfant, et de préférence dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

3.4. Balance bénéfice/risque

Effets indésirables

Pour la majorité des praticiens, la balance-bénéfice risque semblait favorable. Il n'y avait pas ou peu d'effet indésirable. Dans les études, le seul évènement indésirable rapporté au cours d'une rééducation manuelle est une douleur ou une sensation d'inconfort durant les exercices chez quelques femmes (77). Quelques évènements indésirables ont été recensés sous ESF : irritation

vaginale, infections urinaires, paresthésies dans les cuisses, difficultés d'utilisation (77).

Alternatives thérapeutiques

Dans l'IU, la majorité des médecins prescrivaient en première intention la RPP. Les autres alternatives citées étaient la chirurgie et les traitements médicamenteux.

Selon l'article de PRESCRIRE (78), la chirurgie est à réservier aux situations d'échec des thérapeutiques de rééducation des muscles du plancher pelvien, chez des femmes qui ont une gêne importante. Dans le traitement de l'IUE, aucun traitement n'a une balance bénéfice risque favorable. Quand un traitement chirurgical est décidé chez une patiente qui a une IUE, la pose d'une bandelette sous-urétrale est le premier choix.

Dans un autre article de PRESCRIRE (79), selon une méta-analyse, les bénéfices des médicaments dans l'IUU sont modestes, au prix d'effets indésirables fréquents et parfois graves. Les effets indésirables les plus souvent attribués aux traitements ont été des sécheresses de bouche chez 10% à 35% des patientes et des constipations dans 1 % à 7 % des cas. Les autres effets indésirables sont notamment les troubles de l'accommodation, les sensations de brûlures d'estomac, les maux de ventre et les céphalées. Les médicaments atropiniques exposent en plus à des effets indésirables centraux tels qu'hallucinations visuelles, confusions, agitations, à des troubles du rythme ventriculaire pour le *trospium* et la *toltérodine*, et au glaucome aigu par fermeture de l'angle iridocornéen.

Un bilan urodynamique n'est pas recommandé dans l'IU. Il le devient uniquement si le traitement par RPP a échoué, lorsque le diagnostic est incertain, si les symptômes sont anormaux, en cas de chirurgie planifiée.

3.5. Les formations professionnelles sur la rééducation

En France, seules les sages-femmes et les MK ont la qualification requise pour la pratique de la RPP. De nombreux médecins avaient évoqué qu'il était nécessaire que les professionnels paramédicaux aient une formation spécialisée.

3.5.1. Les sages-femmes

Les cours de gynécologie et sexologie, incluant ceux traitant la RPP, ont été instaurés en 1986 au sein des écoles de sages-femmes (Décret n°85-145 du 26 septembre 1985). Bien que l'anatomie pelvi-périnéale soit enseignée de manière approfondie en première année, la formation théorique sur la rééducation ne comprend seulement que 4 heures de cours durant l'ensemble du cursus, dispensés lors de la 3ème année, et complémentés par un stage imposé dit de « rééducation pelvi-périnéale » réalisé le plus souvent en milieu libéral (80). Elles ne peuvent par ailleurs pas pratiquer de RPP chez les nullipares et chez les hommes.

3.5.2. Les kinésithérapeutes

La RPP, enseignée depuis 1985 dans les instituts de formation de masso-kinésithérapie (IFMK), fait partie des compétences de bases des MK. Ils peuvent la pratiquer dans un cadre urologique, proctologique ou gynécologique, mais uniquement après le 90^{ème} jour du post-partum (Législation sur la pratique de RPP par les MK, Article R4321-5) et sur prescription médicale. Selon les IFMK, le programme comprend 8 à 12 heures de cours magistraux et 30 heures de stage pratique hospitalier. Certaines écoles organisent des stages supplémentaires. Environ 6000 MK ont donc été théoriquement formés à la RPP (81). Cependant, de par sa spécificité, son champ d'activité et les connaissances particulières qu'elle exige, les MK qui souhaitent exercer cette pratique suivent le plus souvent une formation complémentaire spécifique (82).

De nombreux praticiens avaient évoqué une insuffisance de leur formation universitaire.

3.5.3. Les médecins

Sur le plan de l'enseignement théorique au cours du deuxième cycle des études médicales, la RPP est au mieux mentionnée, dans Item 121 : « Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé » (en urologie chapitre 8, en gynécologie chapitre 15) ainsi que dans l'item 42 « Tuméfaction pelvienne chez la femme » (en urologie chapitre 4, en gynécologie chapitre 15).

Il n'existe pas ou peu d'enseignements dédiés à son apprentissage. En ce qui concerne le DIU de gynécologie destiné aux MG au CHU d'Angers, il comprend sur ce sujet un cours de 30 minutes « Le périnée après l'accouchement » ainsi qu'une matinée de cours sur la statique pelvienne notamment le prolapsus et l'IU. Dans le cours sur l'IU, on retrouve le déroulement des séances, efficacité, comparaison des méthodes, les différents types de traitements.

Il existe aussi des DIU de pelvi-périnéologie. Ils sont destinés aux internes, aux médecins, aux MK et aux sages-femmes ayant 3 ans d'exercice professionnel, et pour certains aux infirmières spécialisées. Le volume horaire global de formation varie entre 50h et 142 h. Ce diplôme est délivré après validation de la participation aux séminaires, aux stages dans les services agréés, la rédaction d'un mémoire et d'un oral.

CONCLUSION

Les troubles pelvi-périnéaux concernent une large partie de la population et leurs conséquences sociales et fonctionnelles peuvent être très invalidantes. La RPP, concept apparu récemment en France, est un outil de prise en charge de choix mais il semble encore trop méconnu des différents professionnels de santé, en particulier des MG. Le but de ce travail était d'identifier les déterminants de sa prescription au sein d'un échantillon représentatif de la population des MG.

Il en ressort que les MG la prescrive majoritairement dans deux indications : l'IUE chez la femme ménopausée et les troubles pelvi-périnéaux du post-partum.

Chez la femme, un grand nombre de médecins prescrivent encore la RPP de façon systématique en post-partum, même en l'absence de troubles alors que les recommandations actuelles sont plutôt d'attendre trois mois et d'adresser les femmes symptomatiques passé ce délai.

Concernant l'IUE, les MG sont tout à fait en adéquation avec les recommandations actuelles et utilisent la RPP en traitement de première ligne avec des résultats qu'ils jugent satisfaisants. La rééducation du prolapsus de bas grade semble plutôt bien connue des généralistes, l'argument d'une prise en charge non invasive permettant dans certains cas de sevrer à une chirurgie. En revanche, l'auto-rééducation, malgré des bénéfices démontrés surtout si elle précédée de RPP, a toujours mauvaise presse chez les médecins généralistes.

Chez l'homme, les MG sont moins nombreux à connaître les indications de la rééducation. Certains ont toutefois cité la RPP dans la prise en charge des troubles mictionnels post-prostatectomie, en accord avec les sociétés savantes.

Chez l'enfant, la plupart des MG n'ont jamais prescrit de RPP. Quelques-uns ont formulé son possible intérêt dans la prise en charge de l'énurésie ou de l'encoprésie mais sans aller plus loin dans leur démarche. L'absence de

recommandations claires à ce sujet, le manque de professionnels formés à cette prise en charge particulière, et le faible pourcentage d'enfants concernés par ces troubles expliquent sans doute ces résultats.

D'autre part, si la RPP a fait preuve de son efficacité dans la prise en charge de certains troubles ano-rectaux, en particulier dans la constipation terminale sur dyssynergie ano-rectale avec un haut niveau de preuve, cette indication n'a quasiment jamais été citée par les professionnels de santé interrogés au cours de nos entretiens.

Enfin, son efficacité est suggérée dans de multiples autres indications telles que la prise en charge de dyspareunies ou algies pelviennes chroniques mais aussi de certaines dysfonctions sexuelles chez l'homme. En dépit d'un faible niveau de preuve, plusieurs MG ont déjà proposé cette prise en charge à leurs patientes.

Concernant le dépistage des troubles pelvi-périnéaux, souvent abordés de manière détournée par les patients, les MG se sentent concernés et estiment qu'il fait partie de leurs prérogatives. Ils déplorent cependant le manque de temps, l'impossibilité d'être exhaustif vis-à-vis du dépistage et leur formation insuffisante au sujet de la RPP.

Devant la multitude de troubles pelvi-périnéaux, le MG doit donc s'attacher à identifier les patients qui pourraient tirer un bénéfice de la RPP afin de mieux les orienter vers les professionnels spécialisés. Des travaux de recherche complémentaires avec haut niveau de preuve seraient intéressants à mener, afin de démontrer l'efficacité de la RPP dans toutes ces indications.

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

Si l'on part du principe que l'on prescrit bien ce que l'on connaît bien, il faudrait sans doute améliorer à l'avenir les connaissances des médecins et futurs médecins sur la RPP. Il pourrait être intéressant, sur le plan théorique, de proposer aux étudiants en médecine un cours dédié, pourquoi pas en faisant intervenir un MK ou une sage-femme. Sur le plan pratique, de pouvoir assister à au moins quelques séances de rééducation, ce qui est déjà le cas dans certains terrains de stage de gynécologie ou de médecine générale. Nous ne pouvons que recommander aux MG désireux de savoir comment se passe concrètement la rééducation d'aller à la rencontre des professionnels qui la font, qui sont parfois dans la même structure, en gardant toutefois un esprit critique vis-à-vis du fait qu'il s'agira là du reflet de la pratique d'un seul professionnel.

Ce travail pourrait aussi être un support de réflexion quant à nos habitudes de prescription. En effet, même si elle ne règle pas tout, la RPP devrait être davantage intégrée à notre arsenal thérapeutique vis-à-vis de la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux en soins primaires. S'il est parfois plus pratique d'opter pour la prescription médicamenteuse, cette solution n'est pas toujours la plus satisfaisante (effets secondaires, échec, coût...). Elle pourrait, dans bon nombre de situations, être pensée comme une option potentielle de traitement, et devrait être proposée au patient, soit seule, soit en association avec d'autres traitements, en cas d'échec des mesures comportementales et hygiéno-diététiques qui restent la première ligne, et sans doute la plus efficace, de toute prise en charge.

Pour ce faire, nous avons proposé à tous les médecins interrogés dans le cadre des entretiens, une fiche d'aide à la prescription (ci-dessous) reprenant l'aide au repérage des troubles, les principales indications, les recommandations actuelles vis-à-vis de la rééducation, les bénéfices attendus, les différentes méthodes existantes y compris en auto-rééducation, ainsi qu'un aperçu du déroulement pratique des séances.

REEDUCATION PELVI-PERINÉALE

Définitions

IUE : toux, rire, éternuements, sport
IUU : pollakiurie/urgencité
IUM : association des deux types

Classification des prolapsus

- 0 : Position normale.
- I : Entre la position normale et l'hymen
- II : Jusqu'au niveau de l'hymen
- III : Extériorisation au-delà de l'hymen
- IV : Extériorisation maximale/éversion

Indications

- Incontinence urinaire (IU) (**Grade C**)
- Post-partum à 3 mois: IU (**Grade A**) et incontinence anale (IA) (**Grade C**)
- Constipation avec asynchronisme (**Grade A**) et IA (**Grade B**)
- IU post-prostatectomie (**Grade B**)
- Prolapsus/Encoprésie/Enurésie/
Dyspareunie/Endométriose/Dysfonction
érectile (*Absence de recouvrement*)

Ordonnance

Kinésithérapeute
Sages femmes (*sauf nullipares*)

Rééducation pelvi-périnéale (suffisant)

- Si possible, préciser :
- Contexte
- Pathologie
- Plainte principale

Objectifs

Améliorer tonus, mobilité, force maximale, endurance et usage à bon escient du périnée

1. Restauration d'une contraction volontaire
2. Renforcement musculaire
3. Réadaptation fonctionnelle

Deux premières séances

- Examen clinique
- Morphostatique
- Abdominal
- TR/TV
- Testing musculaire
- Education

Autres séances

- Recueil des données
- Calendrier mictionnel
- défécatoire
- Pad Test
- Questionnaire qualité de vie

Dernière séance

- Bilan final
- Fonction du périnée
- Evaluation des changements d'habitude

Bilan final

- Travail périnéal
- Mise en pratique
- Education thérapeutique

Méthode manuelle

- Contrôle de la contraction par TV
- Favoriser la prise de conscience de la contraction
- Renforcer les muscles

Rééducation comportementale

- Réduction pondérale
- Arrêt tabac, café, alcool
- Régulation apport hydrique
- Activité physique

Electrostimulation fonctionnelle (ESF)

- sans sonde : électrodes au niveau du noyau fibreux du périnée TENS
- avec sonde : 50 Hz IUE et 5 à 25 Hz IUI

Appareils d'autorééducation

- ESF sans sonde (Innovoo, TENS) ou avec sondes (Keat, Gymnefik...)
- Biofeedback : neurotrac simplex, sonde sans fil connectée (Emy)
- Code LPP 1189270

Méthodes posturales globales

- Concept abdo-périnéo
- Connaissance et maîtrise du périnée
- Eutonie
- Approche posturo-respiratoire
- Gymnastique vaginale hypopressive
- La méthode des 5P

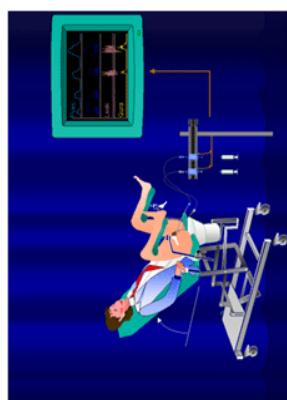
Glossaire

IUE : Incontinence urinaire d'effort
IUU : Incontinence urinaire par urgencie
IUM : Incontinence urinaire mixte
IA : Incontinence anale
TV : Toucher vaginal
TR : Toucher rectal
TENS : Transcutaneous electrical nerve stimulation

TENS



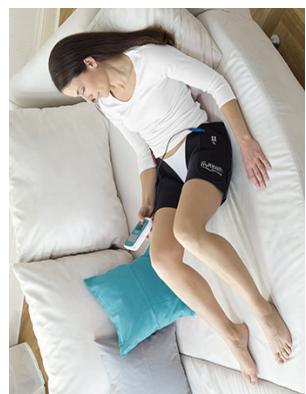
Biofeedback



Sonde connectée Emy



Innoov



Keat



Sonde endovaginale d'ESF



BIBLIOGRAPHIE

1. Association Française d'Urologie. 7ème Semaine Nationale de l'Incontinence. 2009; Disponible sur: <https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/semaine-continence/2009/dossier-presse.pdf>
2. Association Française d'Urologie. Quatrième Séminaire Nationale de l'Incontinence [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.urologiesante.fr/sites/default/files/fileadmin/medias/semaine-continence/2006/dossier-presse.pdf>
3. Recommandations pour la pratique clinique bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique [Internet]. mai 2001 [cité 20 juill 2019];44(4):236-42. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168605401000940>
4. Association Française d'Urologie. Fiche Info-Patient Incontinence urinaire de la femme. In 2012. Disponible sur: www.urofrance.org
5. Parden AM, Griffin RL, Hoover K, Ellington DR, Gleason JL, Burgio KL, et al. Prevalence, Awareness, and Understanding of Pelvic Floor Disorders in Adolescent and Young Women. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2016;22(5):346-54.
6. santé publique. Cancers [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
7. P. Grosclaude J.L Davin Y.Nezillet C. Coulange. Evolution de l'épidémiologie du cancer de la prostate depuis 20 ans. 15 janv 2007;Prog Urol. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evolution-de-lepidemiologie-du-cancer-de-la-prostate-depuis-20-ans>
8. 7ème semaine nationale de l'incontinence organisée par l'assocation française d'urologie. 23 mars 2009; Disponible sur: <https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/semaine-continence/2009/dossier-presse.pdf>
9. Laurent Salomon, Michaël Peyromaure, Michel Soulie. INCONTINENCE URINAIRE APRÈS PROSTATECTOMIE TOTALE. Prog Urol. 2006;717-8. Disponible

sur: www.urofrance.org

10. Arda E, Cakiroglu B, Thomas DT. Primary Nocturnal Enuresis: A Review. Nephrourol Mon [Internet]. 31 mai 2016 [cité 23 sept 2020];8(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039962/>
11. Bréaud J, Oborocianu I, Bastiani F, Bouthy A, Bérard E. Troubles mictionnels de l'enfant : du diagnostic au traitement. Archives de Pédiatrie [Internet]. nov 2012 [cité 17 nov 2019];19(11):1239-42. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X12003557>
12. Netgen. Enurésies et troubles mictionnels diurnes chez l'enfant [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-7/30196>
13. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. The Lancet [Internet]. mars 2014 [cité 24 oct 2020];383(9919):796-806. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613619777>
14. Lousquy R Costa P Delmas V Haab F. Etat des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. déc 2009;907-15. Disponible sur: www.urofrance.org
15. Christine - Prolapsus des organes pelviens de la femme - Prise.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/300120_reco329__note_cadrage_rbp_prolapsus_mel.pdf
16. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol. févr 2011;25(1):3-18.
17. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855440/pdf/nihms514160.pdf>
18. Rééducations et troubles fonctionnels anorectaux [Internet]. FMC-HGE. 2012 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.fmchgastro.org/postu-main/archives/postu-2012-paris/textes-postu-2012-paris/reeducations-et-troubles-fonctionnels-anorectaux/>
19. Explorations utiles et inutiles d'une constipation chronique de l'adulte

- [Internet]. FMC-HGE. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/explorations-utiles-et-inutiles-dune-constipation-chronique-de-ladulte/
20. Constipation de l'enfant - Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU) [Internet]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/constipation_enfant/site/html/1.html
21. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE L'ENCOPRESIE RETENTIONNELLE EN SOINS PRIMAIRES ETUDE DE PRATIQUES MENEES AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LA DROME [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/8e5e5ddb-e2c5-4837-9053-1c86858bb7d0/default/>
22. Moyal-Barracco PM. Quand le sexe fait mal : causes des dyspareunies d'intromission. :5.
23. Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. The Lancet. :7.
24. Rival T, Clapeau L. Efficacité de la rééducation du plancher pelvien dans la dysfonction érectile : revue de la littérature. Progrès en Urologie [Internet]. déc 2017 [cité 17 nov 2019];27(17):1069-75. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708717305389>
25. Aubin Isabelle. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. avr 2006;(77):44.
26. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Prise en charge de l'incontinence anale du post-partum : revue de la littérature. Progrès en Urologie [Internet]. déc 2015 [cité 8 oct 2020];25(17):1191-203. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708715001931>
27. Magnier A-M, Perrigot M, Vu P, Mazevert D. Incontinence urinaire chez la femme en médecine générale. //www.em-premium.com/data/traites/mg/tm-30977/ [Internet]. [cité 19 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.buadistant.univ-angers.fr/article/11461/resultat recherche/6>
28. Rééducation périnéale de la femme - EM|consulte [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1073139>
29. Recommandations pour la pratique clinique bilans et techniques de

rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. mai 2001;44(4):236-42.

30. Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain A-L, Faivre E, Trichot C. Incontinence urinaire de la femme. //www.em-premium.com/data/traites/gy/00-59716/ [Internet]. 19 déc 2014 [cité 19 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.buadistant.univ-angers.fr/article/945600/resultatrecherche/1>
31. Masson E. Incontinence d'urine de la femme [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/22710/incontinence-d-urine-de-la-femme>
32. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2013;(7):CD002114.
33. Battu V. L'incontinence urinaire : la rééducation périnéale. Actualités Pharmaceutiques [Internet]. mars 2015 [cité 27 mars 2020];54(544):53-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0515370014005412>
34. Shop N. Remboursement par l'Assurance Maladie [Internet]. Neurotrac Shop. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.neurotracshop.com/pages/39/remboursement-assurance-maladie>
35. Comment je prescris la neurostimulation du nerf tibial postérieur (TENS) ? [Internet]. 2020 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/comment-je-prescris-la-neurostimulation-du-nerf-tibial-posterieur-tens-0>
36. Gasquet B de. Périnée: arrêtons le massacre! : [prévenir et réparer les erreurs répétées dans la vie quotidienne, la maternité, le sport... 2017.
37. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue [Internet]. janv 2015 [cité 19 oct 2020];15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
38. HUGOT S. Le vécu de la rééducation périnéale des femmes en post-partum. [Paris]: Faculté de médecine; 2011.
39. Lopès P, Levy-Toledano R, Chiarelli P, Rimbault F, Marès P. Étude

- prospective multicentrique randomisée évaluant l'intérêt de l'électrostimulation intravaginale à domicile après rééducation périnéale pour incontinence urinaire. Analyse intermédiaire. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. mars 2014 [cité 19 sept 2020];42(3):155-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958914000241>
40. Masson E. Incontinence d'urine de la femme [Internet]. EM-Consulte. 2019 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/22710/incontinence-d-urine-de-la-femme>
41. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. Neurourology and Urodynamics [Internet]. 2015 [cité 20 juill 2019];34(4):300-8. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22700>
42. Thubert T, Bakker E, Fritel X. Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. mai 2015 [cité 20 juill 2019];43(5):389-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958915001198>
43. Deffieux X, Billecocq S, Demoulin G, Rivain A-L, Trichot C, Thubert T. Mécanismes d'action de la rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme. /data/revues/11667087/v23i8/S1166708713001231/ [Internet]. 29 mai 2013 [cité 20 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/812443>
44. Dumoulin C, Peng Q, Stokilde-Jorgensen H, Shishido K, Constantinou C. Changes in levator ani anatomical configuration following physiotherapy in women with stress urinary incontinence. J Urol. sept 2007;178(3 Pt 1):970-7; quiz 1129.
45. Masson E. Rééducation de l'incontinence urinaire des personnes âgées [Internet]. EM-Consulte. 2019 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/10302/reeducation-de-l-incontinence-urinaire-des-personnes>
46. Rééducation périnéale de la femme - EM|consulte [Internet]. 2019 [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/10302/reeducation-de-l-incontinence-urinaire-des-personnes>

consulte.com/en/article/1073139

47. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.
48. Hermieu J-F, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. Progrès en Urologie. févr 2010;20:S94-9.
49. Ribeiro LHS, Prota C, Gomes CM, de Bessa J, Boldarine MP, Dall'Oglio MF, et al. Long-Term Effect of Early Postoperative Pelvic Floor Biofeedback on Continence in Men Undergoing Radical Prostatectomy: A Prospective, Randomized, Controlled Trial. Journal of Urology [Internet]. sept 2010 [cité 19 sept 2020];184(3):1034-9. Disponible sur: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/j.juro.2010.05.040>
50. Valancogne G, Koehl M, Gaspard L, Castille Y. La rééducation de l'incontinence urinaire de l'homme. Pelv Perineol [Internet]. juin 2011 [cité 19 sept 2020];6(2):103-14. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11608-011-0372-z>
51. Hermieu J-F, Conquy S, Leriche B, Debodinance P, Delorme E, Boccon Gibod L, et al. Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique. Progrès en Urologie [Internet]. févr 2010 [cité 19 juill 2019];20:S94-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708710700026>
52. Soeder, S1; Götze, M2; Fink, T3; Neymeyer, J4; Tunn, R5. A randomised, controlled, double blind, clinical study in comparison of external NMES devices in patients with stress urinary incontinence: effects on symptoms and quality of life. 28 juin 2018; Disponible sur: <https://academy.iuga.org/iuga/2018/43rd/213228/sonja.soeder.a.randomised.controlled.double.blind.clinical.study.in.comparison.html?f=media=1>
53. Maher RM, Caulfield B. A Novel Externally Applied Neuromuscular Stimulator for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women-A Pilot Study: A NOVEL EXTERNALLY APPLIED NEUROMUSCULAR STIMULATOR. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface [Internet]. nov 2013 [cité 19 sept 2020];16(6):590-4. Disponible sur:

<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1525-1403.2012.00509.x>

54. Dmochowski R, Lynch CM, Efros M, Cardozo L. External electrical stimulation compared with intravaginal electrical stimulation for the treatment of stress urinary incontinence in women: A randomized controlled noninferiority trial. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. sept 2019 [cité 19 sept 2020];38(7):1834-43. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.24066>
55. Thubert T, Bakker E, Fritel X. Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* [Internet]. mai 2015 [cité 24 oct 2020];43(5):389-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958915001198>
56. Thubert T, Bakker E, Fritel X. Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. mai 2015;43(5):389-94.
57. Mattsson NK, Karjalainen PK, Tolppanen A-M, Heikkinen A-M, Sintonen H, Häkki P, et al. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life—a nationwide cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. juin 2020 [cité 20 sept 2020];222(6):588.e1-588.e10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937819327231>
58. Pourquoi faut-il continuer à mettre des prothèses par voie vaginale ? [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/566-pourquoi-faut-il-continuer-a-mettre-des-protheses-par-voie-vaginale>
59. Haute autorité de santé. Prolapsus des organes pelviens de la femmes [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3149869/fr/prolapsus-des-organes-pelviens-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique-note-de-cadrage
60. Norton C, Hosker G, Brazzelli M. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [cité 25 sept 2020]. p. CD002111. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002111>
61. Damon H, Siproudhis L, Faucheron J-L, Piche T, Abramowitz L, Elouet M,

et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study. *Dig Liver Dis.* mars 2014;46(3):237-42.

62. Ryn AK, Morren GL, Hallböök O, Sjödahl R. Long-term results of electromyographic biofeedback training for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* sept 2000;43(9):1262-6.

63. Kuo L-J, Lin Y-C, Lai C-H, Lin Y-K, Huang Y-S, Hu C-C, et al. Improvement of fecal incontinence and quality of life by electrical stimulation and biofeedback for patients with low rectal cancer after intersphincteric resection. *Arch Phys Med Rehabil.* août 2015;96(8):1442-7.

64. Khera AJ, Chase JW, Salzberg M, Thompson AJV, Kamm MA. Systematic review: Pelvic floor muscle training for functional bowel symptoms in inflammatory bowel disease. *JGH Open* [Internet]. déc 2019 [cité 20 sept 2020];3(6):494-507.

Disponible sur:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jgh3.12207>

65. Traitements de l'incontinence fécale recommandat.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Recommandations/Recommandation-IA-2013.pdf>

66. Gadel Hak N, El-Hemaly M, Hamdy E, El-Raouf AA, Atef E, Salah T, et al. Pelvic floor dyssynergia: efficacy of biofeedback training. *Arab J Gastroenterol.* mars 2011;12(1):15-9.

67. Siproudhis L, Isabelle Berkelmans. Rééducations et troubles fonctionnels anorectaux. 2012;1-8.

68. Constipation-RPC-TC-2017.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Recommandations/Constipation-RPC-TC-2017.pdf>

69. Lavoisier P, Roy P, Dantony E, Watrelot A, Ruggeri J, Dumoulin S. Pelvic-Floor Muscle Rehabilitation in Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. *Physical Therapy* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 25 sept 2020];94(12):1731-43. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ptj/article/94/12/1731/2741899>

70. STAUMONT Ghislain, SUDUCA Jean-Michel. Algies périnéales chroniques. *La Revue Du Praticien.* 2001;

71. Berghmans - 2018 - Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dy.pdf

[Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913379/pdf/192_2017_Article_3536.pdf

72. Assis GM, Silva CPC da, Martins G. Urotherapy in the treatment of children and adolescents with bladder and bowel dysfunction: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. déc 2019;95(6):628-41.

73. Place de la neurostimulation tibiale en Urologie et évaluation particulière dans l'hyperactivité vésicale [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126988/2017MDECG8388/fichier/8388F.pdf>

74. Abd El-Moghny SM, El-Din MS, El Shemy SA. Effectiveness of Intra-anal Biofeedback and Electrical Stimulation in the Treatment of Children With Refractory Monosymptomatic Nocturnal Enuresis: A Comparative Randomized Controlled Trial. *Int Neurourol J* [Internet]. déc 2018 [cité 29 sept 2020];22(4):295-304. Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6312976/>

75. Samyn V, Bry A, Deleu C, Frenoy S, Leleu A, Danna È, et al. Résultats de la rééducation périnéale chez 22 enfants présentant des troubles ano-rectaux. *Kinésithérapie, la Revue* [Internet]. déc 2006 [cité 17 nov 2019];6(60):42-6. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012306702923>

76. Loening-Baucke V. Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 1 févr 1990 [cité 23 sept 2020];116(2):214-22. Disponible sur: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(05\)82877-X/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(05)82877-X/abstract)

77. Les traitements de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. *La Revue Prescrire*. juill 2005;25(263).

78. INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ UNE FEMME •. PREMIERS CHOIX PRESCRIRE. janv 2020;PAGE 3/4.

79. incontinence urinaire par impériosité : peu de place aux médicaments. *La Revue Prescrire*. sept 2013;33(359):page 687.

80. Villaume S. Le choix de la méthode de rééducation périnéale : critères retenus par les sages-femmes libérales en 2012. 2013.

81. Cappelletti MC. LA REEDUCATION PERINEALE DE SA NAISSANCE A AUJOURD'HUI. :3.
82. Magnier A-M, Perrigot M, Vu P, Mazevet D. Incontinence urinaire chez la femme en médecine générale. //www.em-premium.com/data/traites/mg/tm-30977/ [Internet]. 19 juill 2019 [cité 19 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.buadistant.univ-angers.fr/article/11461/resultatrecherche/6>

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Rôle de la sangle pubo-rectale (Pelvis et prolapsus, EPANEWS)..... | 7 |
| Figure 2. Ouverture inférieure du pelvis - Gray's Anatomie - Le manuel pour les étudiants.. | 10 |
| Figure 3. Périnée et pelvis : Gray's Anatomie - Le Manuel pour les étudiants..... | 10 |
| Figure 4. Périnée - Le grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique | 11 |
| Figure 5. Anatomie de surface et plancher pelvien chez la femme - Le Grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique | 11 |
| Figure 6. Périnée féminin et masculin - Le Grand Manuel illustré d'Anatomie Générale et Clinique..... | 12 |
| Figure 7. Vue supérieure diaphragmatique pelvien - Atlas d'anatomie Netter..... | 13 |
| Figure 8. Délimitation de la région pelvi-périnéale réalisée à l'aide des repères osseux lors de la séance dite "Picasso" (Reproduite avec l'autorisation de Lucille Durand et de la patiente) | 18 |
| Figure 9. Rééducation par biofeedback instrumental (source www.sphere-sante.com) | 21 |
| Figure 10. Exemple de sonde endovaginale utilisée pour la rééducation ESF (pharmacie Saint-Martin)..... | 22 |
| Figure 11. Positionnement des électrodes TENS (www.schwa-mediaco.fr)..... | 22 |
| Figure 12. TENS par stimulation du nerf tibial postérieur (www.urofrance.fr) | 23 |
| Figure 13. Rééducation par ESF sans sonde (INNOVO, source périnée shop) | 29 |
| Figure 14. Keat men à gauche (sphere-santé.com) ; Keat femme à droite (www.keat.fr).... | 29 |
| Figure 15. Emy (fizimed.com) | 32 |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des participants (H:Homme ; F:Femme) 39

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| RESUME..... | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| 1. Généralités | 3 |
| 2. Les troubles pelvi-périnéaux..... | 3 |
| 2.1. Troubles vésico-sphinctériens | 3 |
| 2.1.1. L'incontinence urinaire | 3 |
| a) Chez la femme | 4 |
| b) Chez l'homme | 4 |
| c) Chez l'enfant : énurésie..... | 4 |
| 2.2. Troubles de la statique : le prolapsus pelvien | 5 |
| 2.3. Troubles ano-rectaux..... | 5 |
| 2.3.1. La constipation terminale | 5 |
| 2.3.2. L'incontinence anale | 6 |
| 2.3.3. Constipation chez l'enfant : cas particulier de l'encoprésie | 7 |
| 2.4. Troubles sexuels et douleurs périnéales..... | 8 |
| 2.4.1. Dyspareunie | 8 |
| 2.4.2. L'Endométriose | 8 |
| 2.4.3. Dysfonction érectile et éjaculation précoce..... | 9 |
| 2.5. En post-partum..... | 9 |
| 3. Anatomie du périnée..... | 9 |
| 4. La rééducation pelvi-périnéale et ses différentes méthodes | 13 |
| 4.1. Bref historique | 13 |
| 4.2. Déroulement d'une séance | 13 |
| 4.3. Les différentes méthodes | 20 |
| 4.3.1. La rééducation manuelle | 20 |
| 4.3.2. La rééducation par biofeedback instrumental | 20 |
| 4.3.3. La rééducation par électrostimulation fonctionnelle (ESF) | 21 |
| 4.3.4. La rééducation comportementale..... | 24 |
| 4.3.5. Les autres méthodes | 24 |
| 4.3.6. Les dispositifs d'auto-rééducation :..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| a) Les appareils d'électrostimulation : | 28 |
| b) Les appareils de biofeedback | 31 |
| 5. Problématique | 33 |
| MATERIELS ET METHODE..... | 35 |
| RÉSULTATS..... | 38 |
| Caractéristiques des entretiens | 38 |
| Caractéristiques des participants | 39 |
| Résultats des entretiens | 39 |
| 1. Le regard des médecins généralistes sur la rééducation pelvi-périnéale.... | 39 |
| 1.1. Le test des cinq mots..... | 39 |
| 1.2. La vision du périnée par les médecins généralistes..... | 40 |
| 1.3. L'impact de l'expérience personnelle | 42 |
| 1.4. Le regard des médecins généralistes sur les différentes méthodes de rééducation .. | 42 |
| 1.5. L'efficacité..... | 47 |
| 1.6. Les alternatives thérapeutiques à la rééducation pelvi-périnéale | 49 |
| 1.7. Le rôle des médias | 49 |
| 2. Patients et rééducation pelvi-périnéale..... | 50 |
| 2.1. Leur profil | 50 |
| 2.2. Ressenti patient et altération de la qualité de vie | 52 |
| 3. La pratique du médecin généraliste dans la rééducation pelvi-périnéale ... | 54 |
| 3.1. Les indications | 54 |
| 3.2. Les habitudes de prescription..... | 58 |
| 3.3. Les circonstances d'abord en consultation..... | 59 |
| 3.4. Le rôle des médecins généralistes..... | 61 |
| 3.5. Les freins pour le médecin généraliste..... | 62 |
| 4. L'importance du réseau | 64 |
| 4.1. L'expertise spécialisée | 64 |
| 4.2. La prise en charge pluri-professionnelle..... | 67 |
| 5. La formation | 68 |
| 5.1. Les différents moyens de formation | 68 |
| 5.2. Autocritique des connaissances | 73 |

| | | |
|--|--|------------|
| 5.3. | Pistes d'amélioration de la formation et impact du travail de thèse..... | 74 |
| DISCUSSION | | 76 |
| 1. Principaux résultats de l'étude | | 76 |
| 2. Forces et limites de l'étude | | 78 |
| 2.1. | Forces | 78 |
| 2.2. | Limites | 79 |
| 3. Comparaison avec les données de la littérature | | 80 |
| 3.1. | La vision du périnée | 80 |
| 3.2. | L'adhésion..... | 81 |
| 3.3. | Rééducation pelvi-périnéale : efficacité et recommandations | 82 |
| 3.4. | Balance bénéfice/risque | 99 |
| 3.5. | Les formations professionnelles sur la rééducation | 101 |
| 3.5.1. | Les sages-femmes..... | 101 |
| 3.5.2. | Les kinésithérapeutes | 101 |
| 3.5.3. | Les médecins..... | 102 |
| CONCLUSION..... | | 103 |
| PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS | | 105 |
| LISTE DES FIGURES..... | | 118 |
| LISTE DES TABLEAUX | | 119 |
| TABLE DES MATIERES..... | | 120 |
| ANNEXES | | I |

ANNEXES

Annexe 1. Exemple de questionnaire utilisé lors de la première séance

NOM-Prénom , âge :

Date :

Profession :

Activités de loisirs :

Condition de vie :

Poids-Taille-IMC :

Tabac/addiction :

.....

Prescripteur :

Série de séances/ Suivi à distance :

Médecin traitant :

Urologue :

Gynécologue :

Gastro-entérologue :

Courrier du au Dr

.....

Motif de consultation :

du prescripteur :

du patient :

Ancienneté du problème/HDLM :

.....

ATCD généraux:

Familiaux

Cancer sein/colon

Autre

Médicaux :

Diabète/HTA

Toux/ Allergies

Port de gaine corset

Prise de médicaments

Chirurgicaux : (abdo et pelvi)

Rééducation :

Avez-vous déjà fait de la rééducation pelvi-périnéale ?

.....

FILIERE URINAIRE:

ATCD urologique :

Infections urinaires

Autre

Incontinence urinaire :

Caractère :

ressenties / non ressenties

gouttes - jet - « ça coule » : filet/goutte à goutte

diurne - nocturne - au repos - à l'effort

Fréquence des fuites :

tous les jours - occasionnelles (à fois/semaine) – ponctuellement activités précises

Protections :

occasionnelle - permanente

type ptte my gde = /jour - /nuit

Situation d'effort: toux - éternuements - fou rire - mouchage - ports de charge - marche

normal/rapide - courir – changement de position - sport : - sur envie combiné à un effort : - autre :

Situation/Sensibilité: syndrome des W.C. : envie/fuites - syndrome de la clé : envies/fuites – froid: envie/fuites - eau: envie/fuites

Mictions:

Ne pas faire le stop pipi

Qualité du jet :

Poussée abdominale ?

Position pour uriner ?

Difficulté à se retenir vessie pleine

Miction de précaution ?

Impériosité ?

Avez-vous des douleurs en urinant ?

Avez-vous des douleurs à la retenue ?

Fréquence estimée: /jr / nuit

Hydratation estimée/jr :

Calendrier mictionnel

.....
FILIERE GENITALE/SEXUALITE

ATCD Gyneco-obstétricaux :

Fausse couche (curetage?) / IVG

Nombre et âges des enfants :

| Péridurale | Épisiotomie Déchirure | Forceps EA, autre | IUpré partum | IUpost partum | Gène /Douleur Cicatrice |
|------------|--------------------------|----------------------|-----------------|------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Contraception ? Ménopause ? THL ?

Sécheresse vaginale :

Mycoses/Irritations :

Douleur/Gène séquellaire cicatrice :

.....
FILIERE DIGESTIVE

Constipation ?

Bristol

Envie ressentie ? Fréquence ?

Mode d'exonération

=> Poussée abdominale ?

=> Manœuvre manuelle ?

Position défécatoire ? Rehausseur ?

Avez-vous des douleurs à la défécation ?

Mode d'essuyage

Incontinence au gaz / aux matières

Conseils :

Alimentation: légumes-fruits / céréales complètes

Mastication :

Activité physique :

Hydratation:

DOULEUR ?

ÉVALUATION CLINIQUE:

Cicatrice abdominale

Périnée descendant: oui / non

Prolapsus:

Se-direction: présente / absente

Prise de conscience / commande du mouvement périnéal : contraction / relâchement

Amplitude du mouvement :

Endurance :

Suivi des séances :

Interrogatoire - Questionnaires - Définit°-Localisat°

mouvement -locomotive -vidéo anat

Vessie – CM – hydratation - analyse

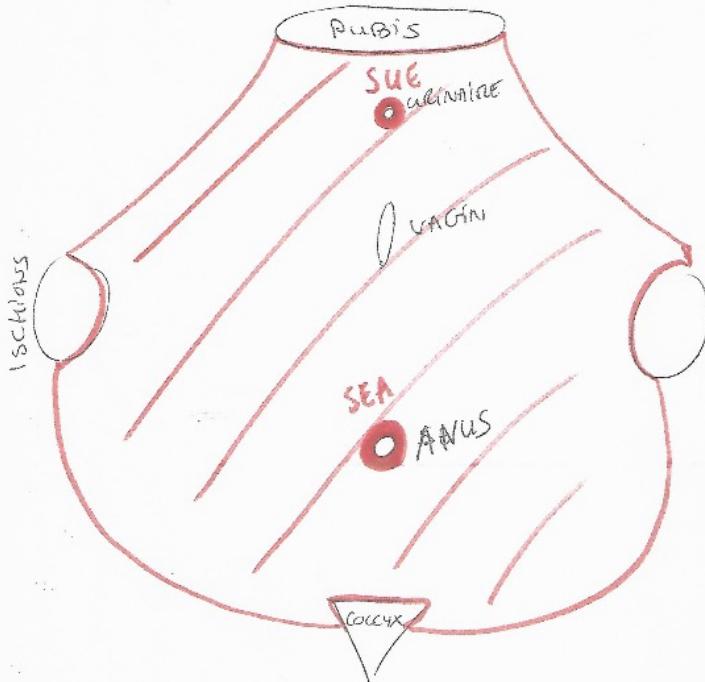
VPE => APA / RPDI => escalator - liste situations à risque

Anus – effets néfastes des poussées / constipation – conseils %constipation – RRAE/RRAI

Picasso - Coordination – Endurance

Annexe 2. Représentation schématique du périnée

LE PERINÉE bouche la totalité du fond du bassin



PERINÉE = ensemble de MUSCLES => on peut muscler
et de LIGAVENTS => on NE POUSSÉ PAS

MOUVEMENT = il "N'ONTE"

Locomotive = ANUS

Annexe 3. Calendrier mictionnel

CALENDRIER MITIONNEL SUR 24H

NOM : PRENOM :
DATE :

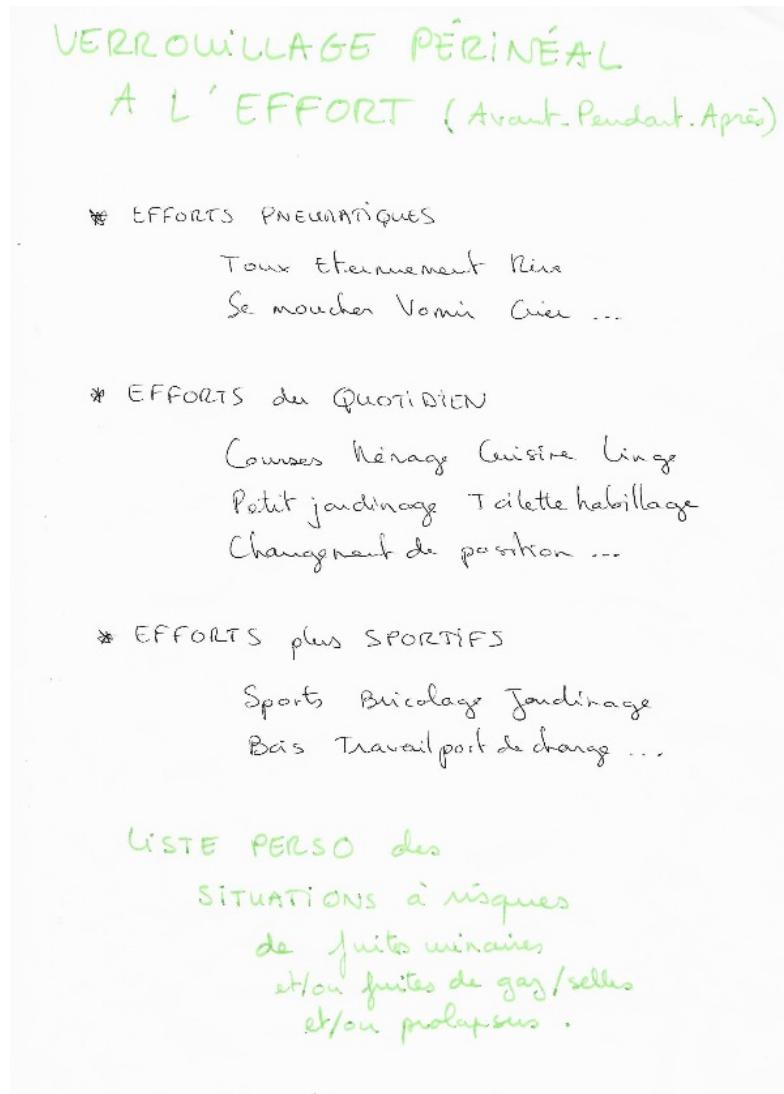
| Heure d'apparition du besoin | Heure de la miction après retenue | Fuites et nb de protections | Quantité urinée à chaque fois |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 4 AVRIL | 12'00 | 0 | 0,10 |
| | 14'20 | 0 | 0,15 |
| | 16'30 | 0 | 0,27 |
| | 23'15 | 0 | 0,25 |
| 5 AVRIL | 0'30 | 0 | 0,25 |
| | 3'00 | 0 | 0,25 |
| | 7'30 | 0 | 0,20 |
| | | | |

- Se retenir au maximum entre l'heure d'apparition du besoin et l'heure de la miction.
-Pour mesurer la quantité urinée à chaque miction, prendre un bocal en verre d'1 litre. Avant de l'utiliser, noter à l'aide d'un verre doseur, les différentes hauteurs d'eau correspondant à 100ml, 200ml, 300ml, 400ml, 500ml.

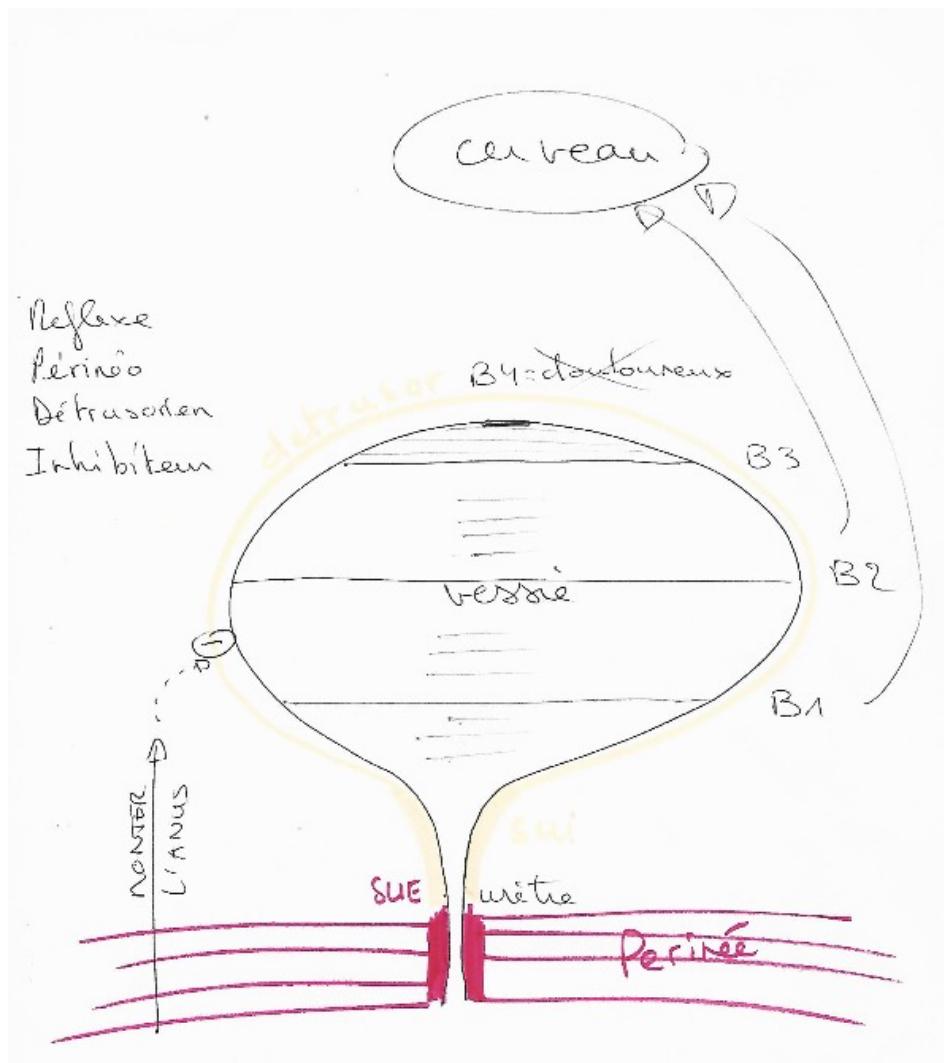
Quantité de liquide absorbée sur 24 heures:

1 litre 5 environ

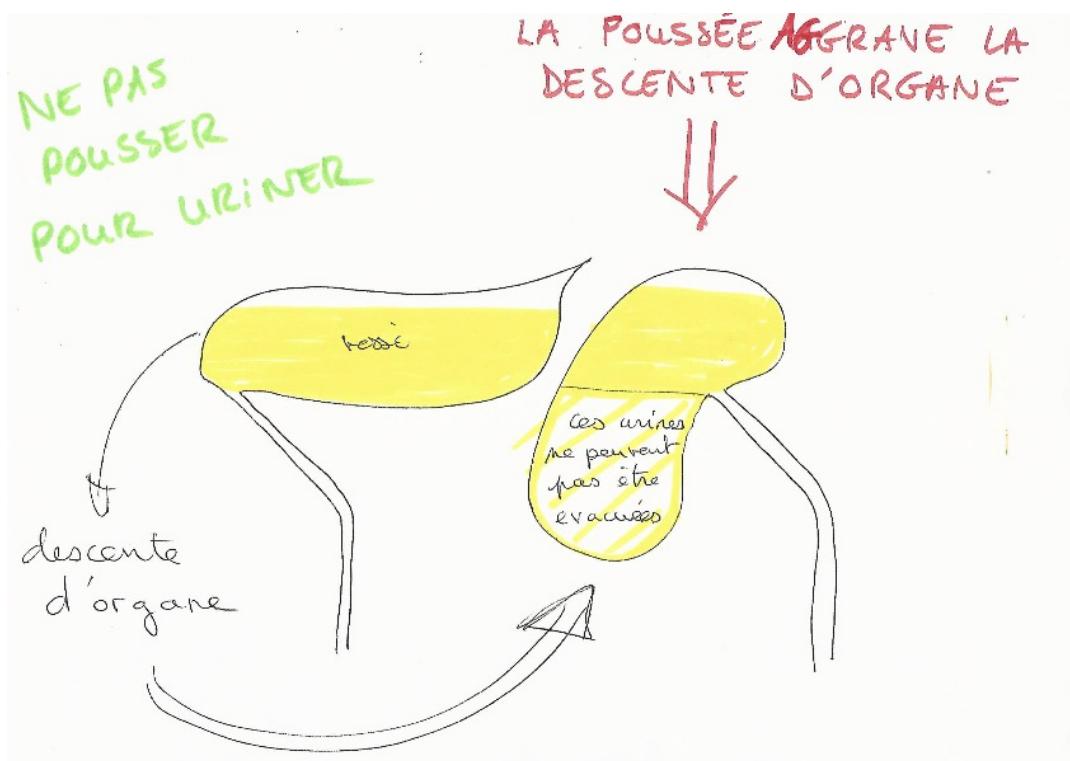
Annexe 4. Verrouillage périnéal à l'effort



Annexe 5. Réflexe d'inhibition périnéo-détrusorien



Annexe 6. Représentation schématique des mesures d'éducation thérapeutique prodiguées aux patientes



Annexe 7. Déroulement des séances de rééducation chez l'homme

Les troubles pelviens masculin sont souvent retrouvés en post-opératoire (de prostatectomie avec troubles urinaires ou de chirurgie digestive avec troubles ano-rectaux)

➔ La première séance

La première séance dure environ une heure tandis que les séances suivant durant généralement une demi-heure.

La première partie consiste à faire une anamnèse très précise : Le MK questionne le mode de vie, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements en cours (si diurétique dans contexte d'hypertension artérielle = difficulté supplémentaire si IU en post prostatectomie), les attentes du patient, l'ancienneté des problèmes (sondage à demeure avant la chirurgie ? ; conditions et habitudes avant chirurgie ?)

Puis le MK explore les 3 filières systématiquement, quelques soit le motif de prescription

1- Urinaire :

Description de l'incontinence :

- efforts à détailler +++, urgence éventuelle, mixte
- fuites à l'émission d'un gaz ? et fuites retardataires quelques minutes après la miction.

Ces deux circonstances sont fréquentes en post prostatectomie dues aux modifications anatomiques lors chirurgie. Il faut les expliquer au patient. La RPP permet de favoriser la récupération et surtout d'expliquer qu'il ne faut pas pousser pour aider la « cicatrisation/reconstruction dans la zone opérée »

Comment se passe la miction ? :

- envie/délai de retenue
- qualité du jet ? poussée ? position pour uriner ?
- sensation de vidange

Le patient doit réaliser systématiquement un calendrier mictionnel et un PAD-test. Ces outils principaux d'évaluation et de la rééducation suite à une prostatectomie. Cela permet au patient de visualiser ses progrès.

En cas de troubles ano-rectaux, on vérifie qu'il n'y a pas de problématique urinaire sous-jacente associée.

2-Digestive

Description de l'Incontinence

- gaz et/ou selles , passive/active, circonstance à détailler, fréquence, importance
- consistance des selles évaluée par l'Echelle de bristol

Comment se passe la défécation ?

- envie/délai de retenue
- exonération facile ou avec poussée abdominale et/ou manœuvre manuelle
- installation sur les toilettes
- sensation de bonne vidange ?
- fréquence/rythme

Suite à une chirurgie digestive, le calendrier des selles sur une semaine est l'outil d'évaluation et de rééducation.

Suite à une chirurgie de prostate, il faut s'assurer surtout qu'il n'y a pas de poussée délétère (et douloureuse) à l'exonération afin de favoriser la « récupération » spontanée des tissus.

3-Sexualité

Le MK ne prendra pas en charge cet aspect, mais il est important pour le patient (sur la qualité de vie et l'estime de soi) :

- Questionner sur troubles de l'érection suite post-prostatectomie et informer du suivi possible par l'urologue et de l'importance de s'en occuper tôt même si leur préoccupation immédiate est plutôt le cancer ou l'incontinence.
- Quel que soit le motif de la rééducation, questionner si les symptômes n'ont pas un impact dans la sexualité ?

4-Douleur

Il faut questionner sur les douleurs éventuelles.

5- Évaluer la gêne qui en découle

Quel que soit le problème, à quel point le patient est-il gêné dans sa vie quotidienne (auto-questionnaires validés ou questions simples).

La deuxième partie de la séance se concentre sur l'éducation périnéale c'est-à-dire explication sur le périnée, le MK répond à 4 questions :

Qu'est-ce que c'est ?

Où est-il ?

Comment bouge-t-il ?

A quoi sert-il ?

Il pourra aussi donner des explications anatomiques sur la localisation des sphincters lisses et striés et des parties retirées durant la prostatectomie.

➔ La deuxième séance

Cette séance permet la prise de conscience de la contraction et du relâchement périnéal (feed-back= miroir) sur table (cf technique chez la femme)

Puis elle comprend aussi l'examen clinique du MK :

- Externe : observation de la contraction périnéale, du relâchement périnéal, de la synergie abdomino-périnéale...
Un examen morpho-statique : étude du bassin, du sacrum, de la colonne vertébrale, du diaphragme et des membres inférieurs.
Un examen abdominal : Aspect tissulaire, testing musculaire, existence de cicatrice ou de hernie abdominale.

➔ La troisième séance

Cette séance (sur la filière urinaire) consiste en une éducation sur le fonctionnement normal de la filière urinaire, et du fonctionnement après chirurgie ainsi que les changements liés à la chirurgie.
Il faut expliquer les moyens d'agir en RPP :

- le VPE ; temps important à consacrer aux types d'efforts pouvant entraîner les fuites !
- le RPDI : la contraction du plancher pelvien, dont l'élévateur de l'anus en fait partie, inhibe la contraction du détrusor et le besoin d'uriner grâce au réflexe 3 de Mahory.

Cette séance comprend aussi l'explication et l'analyse du calendrier mictionnel et du PAD-test.

➔ La quatrième séance

Cette séance (sur la filière digestive) consiste en une éducation sur le fonctionnement normal de la filière digestive, et du fonctionnement après chirurgie ainsi que les inconvénients des mauvaises habitudes.

Les moyens d'agir en rééducation sont :

- rechercher une exonération sans poussée délétère pour le périnée et la zone opérée
- prendre confiance dans la capacité de retenue
- amélioration de la fréquence et consistance des selles : explication et analyse du calendrier des selles si besoin.

➔ Les autres séances

Leur nombre est variable selon l'autonomie du patient et l'importance des symptômes.

Le MK revient sur les objectifs de soins et il prend en charge les symptômes restant en fonction des données rapportées par le patient.

Ces séances nécessitent de revenir régulièrement sur les conseils consignes adaptés ainsi que sur la coordination (être capable de ressentir et maîtriser le mouvement périnéal à tout moment : en marchant en portant, en parlant, ...)

Le travail périnéal chez l'homme peut s'effectuer par différentes techniques :

- Les exercices de renforcement musculaire du périnée : il doit alors faire des séries de contractions des muscles releveurs de l'anus d'environ 5 secondes au début, plus les exercices seront réalisés, plus la contraction devra être longue.
- L'ESF nécessite une sonde anale (ou des électrodes cutanées s'il y a une contre-indication, solution moins efficace). L'utilisation d'un

courant électrique qui, permet, de renforcer le périnée en déclenchant une contraction bien perceptible (intérêt d'apprentissage également), et/ou de réguler une activité inadaptée du muscle de la vessie (hyperactivité vésicale).

- Le biofeedback nécessite aussi une sonde anale. Ils vont contracter le périnée (après apprentissage) en suivant des consignes illustrées par un schéma sur un écran (logiciel ou diodes) et ils verront leur contraction sur ce même écran.

Très didactique et fonctionnelle, cette technique permet une meilleure maîtrise de la contraction. Elle permet aussi de travailler dans des situations plus fonctionnelles, notamment avec des exercices associant des efforts pour entraîner le VPE.

➔ La dernière séance

Elle consiste en un récapitulatif des choses importantes pour le patient ainsi que sur l'importance de maintenir les nouvelles habitudes au quotidien et tout au long de la vie.

Il peut parfois y avoir une réorientation si nécessaire pour une prise en charge de seconde intention par courrier.

Annexe 8. La rééducation chez l'enfant ; partage d'expérience de Mme BOURGOIN (kinésithérapeute spécialisée)

1) Les principales indications

- Encoprésie primaire ou secondaire (en général prise en charge pluri disciplinaire médecins, gastro, psychologique)
- Incontinence urinaire dans des contextes d'hyper activités vésicales (le diagnostic est alors posé par le médecin ou en général l'urologue pédiatrique). Il existe très souvent traitement anti cholinergique associé.
- Enurésie
- Incontinence urinaire d'effort chez les adolescentes très sportives
- Plus rarement en post chirurgie dans les malformations ano-rectales (en général suivi hospitalier du fait des soins de stomie)

2) Déroulement pratique des séances

La première de bilan est identique à l'adulte seul le vocabulaire change **la présence des parents est indispensable**. Les publications vont se référer aux publications chez l'adulte, aussi les kinésithérapeutes appliquent les mêmes bases rééducatives que chez l'adulte en y incluant tous les supports pédagogiques et thérapeutiques (anatomie simplifiée, calendrier des urines des selles, habitudes de vie...).

La technique de référence est le **biofeedback uniquement externe** (électrodes au niveau du noyau fibreux central). Il n'y pas d'examen intra pelvien juste examen clinique externe si cela est envisageable pour l'enfant (l'observation des sous-vêtements est un point quasi incontournable).

Ensuite, la prise en charge orientée sur les **modalités respiratoires** (gestion des pressions abdominales lors des IUE à l'effort, gestion de la poussée

physiologique sur expirations freinées via l'utilisation des méthodes respiratoires non génératrices de pression), possibilité de biofeedback externe abdominal.

Enfin et essentiellement, y est associé une **prise en charge cognitivo-comportementale** en se basant sur l'explication des réflexes, le respect des sensations de besoins, les habitudes de vie Il est à noter l'importance des biais motivationnels chez l'enfant pour ce type de prise en charge.

3) Quels résultats ?

Les résultats dépendent de **l'implication** de l'enfant ou de l'adolescent, des parents. Il faut souvent gérer les parents avant les enfants puisque le trouble est une **source de conflit** très important. Il faut veiller à toujours être bienveillants et à ne pas mettre en échec d'où **l'importance du suivi et du traitement médical**.

Sur les encoprésies primaires sur terrain de constipation en général la continence est satisfaisante au-delà de 6 mois quand l'observance aux soins est optimale, de même que sur les troubles urologiques (difficile souvent de se passer de traitement médical si immaturité vésicale sous-jacente).

Il ne faut pas oublier que **la rééducation s'inscrit dans une prise en charge pluri et inter disciplinaire, dans le cas contraire celle-ci est souvent vouée à l'échec**.

4) Conclusion

Les indications sont proches de l'adulte mise à part le cas particulier de l'encoprésie qui reste souvent principale indication des enfants adressés en rééducation. Les modalités sont équivalentes à l'adulte il faut bien sur adapter le discours et le vocabulaire à l'enfant.

Il s'agit plus d'éducation thérapeutique que de rééducation à proprement parler, en dehors de malformation et de trouble neurologique qui reste une

indication à part en général en milieu hospitalier, l'enfant et l'adolescent n'est pas un incontinent.

Annexe 9. Guide d'entretien

Généralités :

Dans quel département exercez-vous ? Dans quelles conditions (installé ou remplaçant, MSP, seul...) ?

Depuis combien d'années exercez-vous ?

Quel type de patientèle avez-vous? (*CMU, retraités, personnes actives, ages*)

Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie (DUI, autres...) ?

Etes-vous maître de stage des internes ?

Êtes-vous abonné à une revue ? si oui la ou lesquelles ?

Quel âge avez-vous ?

Sujet :

- **Les cinq premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque la rééducation pelvi-périnéale**
- **Pouvez-vous nous racontez une consultation où il a été question de rééducation pelvi-périnéale ?** (*Interrogez-vous vos patients sur l'existence de troubles génito-sphinctériens ? En ce qui concerne vos patients, quels sont leurs réactions lorsque vous leur proposez ?*)
- **Quelles sont vos connaissances sur le périnée et sur la rééducation du périnée ?** (*A quoi sert le périnée ? Où se trouve le périnée ? Méthodes utilisées ? D'après vous, comment cela se passe en pratique ? Avez-vous dans votre réseau des professionnels à qui vous adressez vos patients ? Que pensez-vous des dispositifs auto-rééducation ? en avez-vous déjà prescrit ?*)
- **D'après vous, quelles sont les différentes indications en dehors du post partum ?** (*Chez la femme ménopausée/ non ménopausée, nullipare/multipare ? chez l'homme ? chez l'enfant ?*)

- **Que pensez-vous personnellement de la rééducation pelvi-périnéale** (*efficacité, place de la rééducation pelvi-périnéale en soins primaires ? Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant d'orienter vos patients vers la rééducation du périnée ? A quelle fréquence estimez-vous prescrire de la rééducation du périnée (très souvent, souvent, parfois, rare, très rare, jamais)*)
- **Pensez-vous avoir été suffisamment formés à la rééducation pelvi-périnéale ?** (*Au cours de vos études ? au cours de votre vie professionnelle (DUI, FMC...) ? Estimez-vous vos connaissances suffisantes à ce sujet ? De quelle façon vous êtes vous formé ?*)
- **Avez-vous des remarques ou des suggestions supplémentaires ?**

Annexe 10. Critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ

| N° et Item | Guide questions/description | Réponse |
|---|---|--|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ? | Marie Lebreton et Noémie Buron |
| 2. Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? | Internes en médecine générale |
| 3. Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? | Internes en médecine générale |
| 4. Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? | Femmes |
| 5. Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Absence d'expérience pratique de recherche qualitative. Formation lors des cours à la faculté de médecine d'Angers |
| Relations avec les participants | | |
| 6. Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | Ça dépend des entretiens |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? | Le thème sur la rééducation pelvi-périnéale |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? | Qu'il était interne en médecine générale, réalisant un projet de thèse |

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

| | | |
|--|--|--|
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Analyse inductive du discours, après retranscription en verbatim. Codage ensuite pour l'analyse thématique |
|--|--|--|

Sélection des participants

| | | |
|-----------------------------|--|--------------------|
| 10. Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? | Variation maximale |
| 11. Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? | Mail, téléphone |
| 12. Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 22 participants |
| 13. Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? | 1 |

Contexte

| | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|
| 14. Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? | Domicile ou cabinet |
| 15. Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Non |
| 16. Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? | Cf tableau |

Recueil des données

| | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|
| 17. Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Oui |
| 18. Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? | Non |
| 19. Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Téléphone et ordinateur |
| 20. Cahier de terrain | Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? | Non |
| 21. Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? | Entre 8 et 45 minutes |
| 22. Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | Oui |
| 23. Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

| | | |
|--|---|--|
| 24. Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? | 2 étudiantes et sa directrice de thèse |
| 25. Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Non |
| 26. Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou | Déterminés à partir des données |

| | | |
|--|---|--|
| | déterminés à partir des données ? | |
| 27. Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word et Excel |
| 28. Vérifications par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Non |

Rédaction

| | | |
|--|---|-----|
| 29. Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? | Oui |

Annexe 11. Formulaire de consentement à destination des médecins interrogés

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail :

Explorer la connaissance et les représentations de la rééducation pelvi-périnéale, des médecins généralistes des départements du Maine et Loire, la Sarthe et de la Mayenne

Nom du thésard : LEBRETON Marie et BURON Noémie

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le_____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 12. Retranscription d'un entretien

- Dans quel département exercez-vous ?

- 53, Mayenne.

- Dans quelles conditions ?

- Du coup je suis installé dans une maison de santé pluridisciplinaire qui a ouvert au mois de juillet dernier, en mi-temps avec une collègue, je partage le bureau avec elle, voilà on est 6 médecins, donc 5 temps plein au total, il y a des infirmières, des kinés, une sage-femme, une psychologue, une diet et un rhumato

- d'accord

- Donc c'est une belle structure on est content. Moi je suis remplaçante depuis...ehu depuis quand je suis remplaçante moi ? 2016, et là je suis installée depuis juillet 2019.

- Comment décririez-vous votre patientèle ?

- Et bah j'ai pas une méga patientèle puisque je me suis installée en juillet et j'étais en congé mater de novembre à mars, donc euh...voilà. Donc pour l'instant elle n'est pas très très fournie, mais elle est assez diverse, j'ai des nourrissons, des gens de tous âges, des personnes âgées, des femmes jeunes, des suivis de grossesse, c'est assez diversifié.

- D'accord, est-ce que vous avez une formation complémentaire en gynécologie ?

- Non.

- Avez-vous des DU ou des formations dans d'autres domaines ?

- Non.

- Est-ce que vous êtes maître de stage des internes ? Enfin, je crois que ce n'est pas possible de toute façon en ce moment ?

- Non, et puis en mi-temps...c'est que ça me plairait bien mais sachant que je ne suis là que deux jours et demi par semaine pour les patients c'est un peu chaud donc si en plus y'a des internes...donc bon, en réflexion.

- Est-ce que vous êtes abonnée à une revue ?

- Euh, j'ai quel âge, euh j'ai 32 !

- Du coup-là on rentre vraiment dans le vif du sujet, ce sont les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on parle de rééducation pelvi-périnéale ?

- D'accord, euh post-accouchement, euh, incontinence, sage-femme, euh...urologue parce que c'est le recours avec l'urologue et puis compliance de la patiente, la nécessité qu'elle soit actrice dans sa rééducation, je ne sais pas comment le dire en un seul mot mais voilà.

- Pouvez-vous nous raconter une consultation où il a été question de rééducation, soit la dernière soit une qui vous a marqué ?

- Alors la dernière c'était une petite dame de 70 ans, enfin j'ai beaucoup de gens en première consultation pour qui je fais un bilan un peu global et là justement ça a été l'occasion de me dire qu'elle avait des fuites urinaires, que ça l'embêtait un peu, qu'elle n'en avait jamais parlé avec son médecin traitant parce qu'elle n'osait pas, donc on a évoqué la possibilité de commencer par des séances de rééducation avant le recours à l'urologue, c'était il y a 15 jours donc je n'ai pas encore de retour mais voilà c'était ma dernière prescription de rééducation.

- Et quand vous dites que c'était beaucoup des premières fois et que vous faites un bilan global ça veut dire que...comment vous procédez en fait pour faire ça ?

- Bah en fait je pose des questions assez générales pour tous les patients, je parle déjà de tous les dépistages pour ceux qui rentrent dans le cadre, les mammos, les frottis, le dépistage du cancer colo-rectal, et voilà je pose assez facilement..enfin je veux dire quand on fait l'examen clinique on pose aussi la question de la dyspnée, la toux, les douleurs abdo, enfin voilà au niveau urinaire s'il y a des problèmes d'incontinence, ou pour les hommes s'il y a des réveils nocturnes, enfin moi ça fait partie de mon interrogatoire systématique pour les nouveaux patients, j'essaie de les poser aussi de temps en temps pour les patients que je suis mais c'est vrai qu'on y pense plus facilement pour un nouveau patient quand on reprend les choses à zéro donc voilà.

- Ok. Qu'est-ce que vous pouvez nous dire sur le périnée, et sur la rééducation du périnée ?

- Houla vaste sujet haha ! Qu'il y a beaucoup de patients qui ne sont pas suffisamment informés pour bien faire la rééducation périnéale, pour bien prendre conscience de leur corps, qu'est-ce qu'on peut dire d'autre pour le périnée...que c'est indispensable de bien le muscler notamment en post-accouchement, je suis complètement dans cette situation puisque j'ai un petit garçon de 4 mois voilà. Donc je trouve que c'est important d'en parler mais ça reste un peu tabou il y a certaines patientes pour qui le sujet est parfois difficile à aborder mais je trouve que si on le fait en toute décontraction et sans trop de pression assez facilement elles vont faire la rééducation pelvi-périnéale, c'est assez bien accepté.

Qu'est-ce qu'on peut dire d'autre sur le périnée...qu'il est souvent pas très bien connu par les patientes, que voilà l'importance de la rééducation périnéale n'est pas forcément perçue par tout le monde avant qu'on en parle, j'ai l'impression de me répéter là, je dois dire toujours la même chose, enfin voilà, je ne sais pas si j'ai d'autres choses à dire sur le périnée et la rééducation, moi je suis convaincue de sa nécessité, j'envoie assez facilement mes patients vers ma collègue sage-femme pour les séances de rééducation.

- Et vous pensez que ça aura un impact votre propre rééducation ?

- Oh bah oui le fait d'en avoir fait, là c'est mon deuxième enfant, je l'ai fait pour les deux enfants, euh...oui bah de toute façon on sent un avant/après, en post-accouchement c'est plus que nécessaire, et puis que je pense que les patientes le savent aussi, elles s'en rendent compte, avec les séances de rééducation. Mon conjoint est urologue et il a fait sa thèse que les bandelettes TTV et j'ai fait les deux tiers de son recueil de données donc je suis parfaitement convaincue de la nécessité des séances de rééducation, y'a pas de souci là-dessus.

- Et je voulais dire dans la manière de prescrire, est-ce que le fait d'en avoir fait vous-même ça a pu modifier les choses ?

- Euh non, de toute façon sur la prescription on explique aux patientes que ça se fait auprès d'une sage-femme nous on a la chance d'en avoir une dans la structure donc on peut orienter directement vers elle, je ne suis pas sûre que le fait d'en avoir fait moi-même m'oriente...enfin voilà après je ne leur raconte pas spécifiquement ma rééducation.

- Bien sûr.

- Donc non je ne suis pas sûre que ça change ma façon de prescrire, par contre ça donne des arguments pour dire c'est important de le faire, enfin on est beaucoup plus légitime, c'est pareil pour un examen du nourrisson quand on est maman on procède différemment, à partir du moment où on est parent on procède différemment et avec plus d'assurance on est beaucoup plus légitime dans ce qu'on fait je trouve.

- Et sur les différentes méthodes utilisées, est-ce que vous les connaissez un petit peu ?

- Et bien il y a les sondes et la rééducation manuelle. Honnêtement je n'ai pas eu de supers retours des patients qui ont eu avec sonde donc je préconise plutôt en manuelle et c'est ce que fait la sage-femme qui est avec nous donc j'avoue que j'oriente vers elle maintenant.

- Est-ce que vous adressez vos patientes pour d'autres indications que celles que vous avez cité précédemment c'est à dire le post-partum et l'incontinence urinaire ?

- Non, enfin comme ça je vois pas à chaud, si j'ai eu une patiente qui avait des dyspareunies, enfin houla, elle a eu un parcours un peu compliqué et on a essayé les séances de rééducation ça avait en parti aidé mais c'était un dossier un peu compliqué, donc il fallait pas que ça, mais ça a été sur cette indication-là. Mais c'est plutôt le post-partum quand même.

- Et quand vous dites que vous avez essayé pas mal de choses, c'était quoi les autres choses ?

- Elle avait eu une approche avec le sexologue, avec le médecin de la douleur, avec psychologue, hypnose, acupuncture, gynéco, dermatogynéco, enfin c'était très très complet, elle avait beaucoup de choses cette dame-là.

- Est-ce que ça vous est arrivé d'adresser vos patients hommes ?

- Euh non. J'avoue, je n'y aurais pas pensé.

- Est-ce que ça vous est arrivé d'adresser des enfants ?

- Euh non, j'ai pas eu l'occasion, j'y avais réfléchi une fois pour une petite qui avait des petits soucis d'incontinence, puis en fait deux trois consultations en discutant bien, y'avait un problème de constipation aussi, on avait réglé ça et ça allait mieux, donc on avait pas eu besoin d'aller plus loin, mais ça faisait partie des questions que je m'étais posée pour cette enfant-là, je me demandais si ça pouvait lui apporter, la sage-femme m'avait dit pourquoi pas mais on n'avait pas été jusque-là.

- Et du coup les deux trois premières consultations ça portait sur quoi ?

- Et bah c'est surtout psychologique, donc on a parlé du pourquoi du comment, et puis c'était la constipation qui était un problème chez cet enfant-là, et je pense qu'il y avait aussi une question de déclic.

- Elle avait quel âge ?

- Donc le déclic c'est fait. Elle avait 7-8 ans de mémoire.

- Qu'est-ce que vous pensez du dépistage des troubles pelvi-périnéaux en médecine générale ?

- Alors dépistage c'est-à-dire en parlant à l'interrogatoire, c'est ça ?

- Et bien par exemple, c'est est-ce que vous pensez que c'est en médecine générale qu'on doit dépister ces troubles et comment ?

- Alors je pense déjà qu'on ne le fait pas assez, parce qu'on ne passe pas forcément dessus à chaque consultation, enfin voilà je vous le disais on le fait aux premières consultations et après ça passe peut-être un peu à la trappe, et comme les patients ne vont pas forcément en parler eux-mêmes je pense que c'est important qu'on en parle nous, pour amorcer la conversation là-dessus. Euh...sur le pourquoi du comment, moi je ne suis pas très à l'aise pour faire toutes les manœuvres, manœuvres de Bonnet, des choses comme ça voilà, évaluer une incontinence je ne me sens pas légitime pour le faire sur l'examen clinique, par contre sur l'interrogatoire je pense qu'on peut déjà chercher pas mal de choses, donc moi j'axe déjà pas mal via l'interrogatoire et s'il y a besoin, enfin si j'estime qu'il y a des problèmes d'incontinence j'adresse vers la sage-femme qui je pense en voit beaucoup plus que moi, et qui fait un examen clinique bien plus pertinent.

- Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste vis à vis de la rééducation, de sa prescription ?

- Ah bah justement de prescripteur déjà, et puis le rôle de mettre un peu le doigt dessus enfin voilà, encore une fois les patients ce n'est pas forcément un symptôme glorieux et donc ils ne vont pas arriver en disant "Ah, j'ai ça comme symptôme" donc c'est important de nous aller vers les gens pour les amener à parler de ça, je pense que notre rôle est important là-dedans.

- Et quels sont les éléments qui conditionne sa réalisation par les patients ?

- Ben je pense qu'il y a la façon de le prescrire, si on explique bien au patient l'intérêt de la rééducation au moment de la prescription ils vont forcément être un petit plus partants pour le faire, nous le fait de connaître, d'avoir des acteurs de santé dans le même bâtiment voilà on connaît, on oriente vers quelqu'un je pense que ça rassure aussi pour les patients de savoir qu'ils sont sur la même structure, voilà mais je pense aussi qu'il y a des questions de caractère de toute façon et que certains patients ça ne les intéresse pas ils ne feront pas, et ceux qui seront compliants dans leur séance de rééducation c'est ceux qui feront la démarche d'y aller, mais si on les force entre guillemets à y aller et qu'ils sont pas partants, ça ne marchera pas, parce qu'il faut de toute façon qu'ils fassent le boulot à la maison après.

- Qu'est-ce que vous pensez de votre formation au sujet de la rééducation pelvi-périnéale ?

- Bah on n'est pas méga formés, enfin je trouve qu'on en sait pas grand chose, on sait qu'on peut en prescrire, mais on ne sait pas trop le pourquoi du comment jusqu'au jour où on accouche, et non mais c'est vrai mais pendant les études de médecine on aborde pas énormément ce sujet là, moi j'avais une petite sensibilité là-dessus du fait de mon conjoint mais je trouve que c'est pas hyper expliqué pendant nos études donc c'est vrai que ça devrait être un peu plus poussé au moment des études. Mais comme beaucoup de sujets, mais c'est vrai qu'à chaque fois qu'on est interrogés dans une thèse on se dit "mais c'est vrai que ce sujet là on

n'en parle pas assez", "il faudrait en dire plus" mais bon malheureusement il y a beaucoup de sujets comme ça.

- Et à quelle fréquence vous estimez la prescrire cette rééducation ? C'est de jamais à très souvent ?

- Je dirai parfois, après quand j'estime que c'est nécessaire je la prescris à titre systématique enfin voilà je ne me pose pas la question, quand il y a des symptômes qui nécessitent une rééducation je vais la prescrire, mais c'est rare qu'on ait des symptômes qui le nécessitent donc voilà.

- Et quand est-ce que vous envoyez à l'urologue alors, ça m'intéresse vu que votre conjoint est urologue ?

- Haha, de toute façon je passe toujours par les séances de rééducation dans un premier temps et si les patientes reviennent vers nous en nous disant "ça ne m'a rien apporté" etc, ou que la sage-femme leur a dit de revenir vers nous parce que ça ne leur a pas apporté ou pas assez dans ces cas là on demande l'avis de l'urologue ou du gynéco pour d'éventuelles bandelettes ou autre, mais je commence toujours par la rééducation.

- Est-ce que vous avez des remarques ou des suggestions supplémentaires ?

- Bah non je pense que c'est assez complet, bon courage pour votre thèse du coup.

- Merci. J'avais juste une dernière chose, avec ma cothésarde on va faire une sorte de petite fiche à la fin de petit mémo "aide à la prescription" un format très court, et on aimerait savoir si avez des choses que vous aimeriez voir figurer dessus en particulier ?

- Non, enfin ça m'intéresse de l'avoir mais je n'ai pas d'exigences particulières dessus mais je veux bien la recevoir ça m'intéresse.

- Merci. C'était intéressant d'avoir le point de vue de quelqu'un qui vient de s'installer aussi.

- Oui bah c'est pour ça on essaie de répondre aux appels des thésards !

- Merci en tout cas, au revoir

- Au revoir

RÉSUMÉ**ABSTRACT****Rééducation pelvi-périnéale en médecine générale**

Introduction : Les troubles pelvi-périnéaux regroupent un ensemble tels que l'incontinence urinaire, la constipation terminale, les douleurs pelviennes chroniques et même certains troubles sexuels. Ces troubles sont extrêmement prévalents et ont souvent des conséquences psychologiques lourdes pour ceux qui en souffrent. La rééducation pelvi-périnéale (RPP) peut être une des options thérapeutiques pour leur prise en charge mais ses indications en soins primaires semblent encore méconnues des médecins généralistes (MG). L'objectif de ce travail était d'identifier les déterminants de la prescription de la rééducation pelvi-périnéale en médecine générale.

Méthodes : Étude qualitative par analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de MG des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de Mayenne, répondant à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ. Après retranscription des données, un double codage a été réalisé avec une triangulation des données, selon une théorisation ancrée.

Résultats : Vingt-deux entretiens ont été réalisés entre février et avril 2020. La saturation des données a été atteinte. Les MG interrogés prescrivaient la RPP majoritairement dans deux indications : les troubles du post-partum et l'incontinence urinaire d'effort de la femme ménopausée. En revanche, ils étaient moins à l'aise avec sa prescription chez l'homme ou chez l'enfant. Les indications dans les troubles ano-rectaux étaient rarement citées. Les MG avaient une bonne connaissance des méthodes utilisées. Peu d'entre eux étaient prescripteurs des appareils d'auto-rééducation, estimant nécessaire la prise en charge chez un professionnel en amont. Ils étaient globalement satisfaits du bénéfice de la RPP et rapportaient une adhésion relativement bonne de la plupart des patients. La plupart jugent leur formation insuffisante sur le sujet mais n'envisagent pas forcément de compléter leur formation. Enfin, la totalité des médecins interrogés s'accordaient sur le fait que le dépistage des troubles pelvi-périnéaux faisait partie intégrante du rôle du MG.

Conclusion. La RPP est désormais recommandée en première intention dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ainsi que chez les femmes symptomatiques en post-partum. Elle semblerait efficace en post-chirurgie (prostatectomie ou chirurgie digestive), et semble prometteuse dans de nombreuses autres indications mais d'autres études doivent être faites pour le confirmer.

Mots-clés : rééducation pelvi-périnéale, médecine générale, recherche qualitative, troubles pelvi-périnéaux, prescription

Pelvic floor rehabilitation in general practice

Introduction : Pelvic floor disorders include such problems as urinary incontinence, terminal constipation, chronic pelvic pain and even some sexual disorders. These disorders are extremely prevalent and often have serious psychological consequences for those who suffer from them. Pelvic floor rehabilitation (PPR) may be one of the therapeutic strategies for their management, but its indications in primary care still seem to be unknown to general practitioners (GPs). The aim of this study was to identify the determinants of the prescription of pelvic floor rehabilitation in general practice.

Methods : Qualitative study by thematic analysis, by means of semi-directed interviews with GPs in the French departments of Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne, meeting a maximum number of quality criteria of the COREQ grid. After retranscription of the data, a double coding was carried out with a triangulation of the data, according to an anchored theorization.

Results. Twenty-two interviews were conducted between February and April 2020. Data saturation has been reached. The GPs interviewed prescribed RPP mainly in two indications: postpartum disorders and stress urinary incontinence in postmenopausal women. On the other hand, they were less comfortable with its prescription in men or children. Indications in ano-rectal disorders were rarely cited. GPs had a good knowledge of the methods used. Few of them were prescribers of self-rehabilitation devices, considering it necessary to seek professional care beforehand. They were generally satisfied with the benefit of RPP and reported relatively good adherence by most patients. Most of them considered their training on the subject to be insufficient but did not necessarily plan to complete their training. Finally, all of the physicians interviewed agreed that screening for pelvic floor disorders was an integral part of the GP's role.

Conclusion. RPP is now recommended as a first-line treatment for stress urinary incontinence and in symptomatic postpartum women. It appears to be effective in post-surgery (prostatectomy or digestive surgery), and seems promising in many other indications, but further studies are needed to confirm it.

Keywords: pelvic floor rehabilitation, general medicine, qualitative research, pelvi-perineal disorders, prescription