

# La rééducation du *post-partum*

## Comprendre pour agir

### La rééducation du *post-partum* : objectifs et conditions de mise en œuvre<sup>(1)</sup>

La rééducation postnatale n'est pas systématique : elle est individualisée, adaptée en fonction des symptômes et du tableau clinique. Le plus souvent, c'est lors de la visite postnatale que le médecin ou la sage-femme juge de l'intérêt de cette prescription. En cas de besoin, dix séances peuvent être prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Les séances sont effectuées par une sage-femme ou un kinésithérapeute.

La prise en charge rééducative globale du *post-partum* comprend trois grandes dominantes :

- **une prise en charge périnéo-sphinctérienne**

Des douleurs au niveau du périnée peuvent être présentes à 2 mois du *post-partum* (plus de 20 % des cas) et après 12 mois (10 % des cas).

L'incontinence urinaire en *post-partum* est présente selon les auteurs dans 15 à 40 % des cas. Elle touche plus les femmes incontinentes avant ou au début de la grossesse. Un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois.

L'incontinence fécale représente selon les auteurs 1 à 5 % des cas.

- **une prise en charge pelvi-rachidienne**

L'évolution la plus fréquente de la lordose lombaire est une diminution significative entre le 2<sup>e</sup> et le début du 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse, puis une accentuation qui se poursuit dans les premiers mois *post-partum*.

Des douleurs lombaires et/ou de la ceinture pelvienne sont fréquemment présentes plusieurs mois après l'accouchement chez plus d'un tiers des femmes.

- **une prise en charge de la sangle abdominale**

Ce sont les douleurs cicatricielles déclenchées par le mouvement qui sont les plus intenses.

Entre 5 et 7 semaines *post-partum*, le diastasis des muscles grands droits persiste chez près de la moitié des femmes.

**N.B. :** depuis avril 2008, l'Assurance maladie propose, en partenariat avec les sages-femmes libérales, deux séances de suivi postnatal précoce. Ces deux séances sont proposées en priorité aux femmes en situation de vulnérabilité (isolement, insécurité...). Elles peuvent être réalisées au domicile de la mère ou au cabinet de la sage-femme, à partir du 8<sup>e</sup> jour après la naissance et jusqu'à la date de la consultation postnatale. Prioritairement axées sur la prévention des difficultés psychiques maternelles, ces séances peuvent aussi être l'occasion pour la sage-femme de dispenser quelques conseils en matière de prévention périnéale : gestion des efforts, aide à la récupération, exercices de contraction...

### Le vécu des femmes et des couples, leurs besoins

**Être informées de l'intérêt de ce travail rééducatif :** les séances de rééducation postnatale peuvent être vécues comme des contraintes difficiles à gérer pour la femme (véhicule, allaitement, jeunes enfants en plus du bébé, reprise du travail, autres consultations pour elle et/ou le bébé, etc.). La qualité de l'écoute et de l'échange avec le professionnel est un critère de satisfaction et de réussite pour les femmes.

**Difficulté/gêne à aborder le sujet des troubles périnéaux,** car cela touche de près à l'intimité des femmes. Ils sont d'autant plus difficiles à exprimer qu'ils sont parfois antérieurs à la grossesse ou à l'accouchement. « Peu de patientes consultent pour ce motif (beaucoup considèrent que l'incontinence urinaire accompagne le vieillissement ; la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue ; le sujet est tabou et les patientes attendent que le médecin aborde le sujet le premier). »<sup>[2]</sup> La femme a donc besoin de se sentir à l'aise avec le professionnel qui la suit pour pouvoir aborder cette question, avant, pendant et après la grossesse.

**Pour la femme, l'expérience d'une épisiotomie peut être très difficile à surmonter.** Il s'agit en effet d'un geste particulièrement invasif de l'intimité de la personne, qui ne doit pas être sous-estimé par les professionnels de santé. Les associations sont en contact avec des femmes ayant eu des complications réelles d'épisiotomie ou de déchirures qui ont dans un premier temps été niées par certains professionnels avec, parfois, le message que « tout est dans la tête », que la femme « se raconte des histoires », etc. Les effets « secondaires » destructeurs sur la vie sociale, professionnelle et du couple sont manifestes. C'est parfois seulement des années plus tard que la femme rencontre un autre professionnel plus à l'écoute.

**Le vécu d'une rééducation avec sonde périnéale est différent d'une femme à l'autre.** Une expérience de rééducation après une grossesse précédente, avec sonde vaginale, peut avoir été mal vécue (expériences de rééducation faites « à la chaîne », les femmes se sentant abandonnées avec des sondes vaginales ; expériences culpabilisantes, avec des « niveaux » à atteindre en termes de contraction du périnée). Il convient donc de permettre à la femme de verbaliser cette gêne et de lui affirmer qu'elle est en droit de choisir le type de rééducation qu'elle souhaite (des professionnels de santé proposent des rééducations qui n'utilisent pas les sondes), sans que cela nuise à l'efficacité de la rééducation (l'efficacité d'une technique sur une autre n'ayant pas été démontrée).

## Les bonnes pratiques, les recommandations

### « Rééducation dans le cadre du *post-partum* » (ANAES, décembre 2002)

#### ■ Rééducation en *post-partum* immédiat

- Axer sur le traitement de la douleur périnéale, rachidienne, pelvienne et abdominale, si elle est présente.
- S'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et l'accouchement et donner une information sur l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales.

#### ■ Rééducation en *post-partum*

- La prescription de séances de rééducation du *post-partum* ne doit pas être considérée comme systématique. Elle découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique effectué lors de la consultation postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement).
- Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées pour le traitement des insuffisances musculaires périnéales ou de l'incontinence sont les exercices du plancher pelvien et le biofeedback instrumental. En cas de lésion nerveuse récente, ce dont les accouchements sont fréquemment pourvoyeurs, il paraît prudent d'éviter l'électrostimulation dans la rééducation *post-partum* ; l'application d'un courant d'électrostimulation, même spécifique, peut provoquer un retard de régénération nerveuse. Les résultats de la rééducation du *post-partum* sont encourageants mais il semble difficile de proposer un protocole précis, étant donné la diversité de ceux qui sont décrits dans les différentes études. L'association de techniques différentes semble supérieure à l'utilisation d'une technique isolée. Les exercices du plancher pelvien améliorent la force des muscles du périnée et diminuent l'incontinence urinaire d'effort (grade C).
- La rééducation périnéale doit toujours précéder la rééducation abdominale, qui n'est pas non plus systématique.

### « L'épisiotomie » (CNGOF, 2005)

- La pratique libérale de l'épisiotomie ne permet pas de prévenir les déchirures du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré (grade A), la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (grade A) ou par urgenturies (grade B), la survenue d'une incontinence fécale (grade B). « Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée. »
- La pratique systématique de l'épisiotomie n'apparaît pas non plus justifiée chez la femme primipare (grade B), en cas de suspicion de macrosomie (grade C), en cas d'extraction instrumentale (grade B), quand le périnée est sur le point de se rompre au moment de l'extraction (grade B), en cas d'antécédents de lésions périnéales du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré. Néanmoins, « dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ».
- Le taux global d'épisiotomies, rapporté aux accouchements par voies naturelles, était en 2002/2003 de 47 % (68 % chez les primipares, 31 % chez les multipares). L'objectif est de passer en dessous de la barre des 30 %.

### « Césarienne : conséquences et indications » (CNGOF, 2000)

- L'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelles plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail (...). Il expose en revanche à une augmentation du risque de lésions urinaires et anales.
- Néanmoins, « l'accouchement par voie basse doit être préféré *a priori* à la réalisation d'une césarienne avant travail, mais son bien-fondé doit être reconsidéré dans toutes les situations où le risque de césarienne en cours de travail peut être affirmé comme très élevé *a priori* ».

## Ce que le professionnel peut faire

La démarche éducative peut porter sur :

- le choix pour la femme d'évoquer ses troubles de la fonction périnéale (avant, pendant et après la grossesse) ;
- le choix de réaliser ou non des séances de rééducation, lorsqu'elles ont été indiquées par un professionnel de santé ;
- la possibilité d'intégrer des exercices de rééducation dans la vie de tous les jours.

Voici des exemples de propos autour du **repérage de troubles périnéaux et de la possibilité de suivre des séances de rééducation.**

### Axes d'intervention possibles

### Exemples

#### Favoriser l'expression/ proposer une écoute

Faire s'exprimer la mère sur ses sensations corporelles et la façon dont elle vit d'éventuelles difficultés liées à son périnée (fuites urinaires, impression de « descente », etc.).

Faire s'exprimer la mère sur ses représentations de la rééducation postnatale (en particulier périnéale), sur un éventuel vécu.

*Que pensez-vous de la rééducation ? Quelle idée en avez-vous ?*

#### Aborder/évaluer une situation

Si elle ne l'a pas fait, prendre l'initiative d'aborder avec la femme la question des troubles périnéaux :

- pendant la grossesse et après l'accouchement : évoquer des changements perceptibles, des difficultés possibles au niveau urinaire, des selles, une impression de « descente »... ;
- interroger sur la présence de troubles périnéaux antérieurs à la grossesse.

*Il est fréquent que pendant la grossesse les femmes éprouvent plus de difficultés à contrôler leur envie d'uriner, ou au contraire à aller à la selle ou à vider la vessie. Comment cela se passe-t-il pour vous ?*

*Quels changements avez-vous remarqués ?*

Rechercher une éventuelle prise en charge pour des troubles périnéaux, antérieure ou consécutive à la grossesse.

Après l'accouchement, repérer des difficultés à utiliser des tampons périodiques, des sensations moindres lors des rapports sexuels...

#### Informier/expliquer

Expliquer le rôle du périnée, sa place anatomique.

Informier sur le contenu de la rééducation postnatale, les différents exercices et techniques pratiqués, leur niveau de preuve.

Rappeler en particulier que la rééducation périnéale avec sonde vaginale n'est pas systématique, de même que la technique par toucher vaginal.

Rassurer sur l'existence de différentes possibilités chirurgicales en cas de problèmes survenant plus tard.

#### Accompagner la réflexion

Envisager la possibilité de suivre des séances de rééducation postnatale (lorsque indiquées par un professionnel de santé).

*Compte tenu des symptômes que vous évoquez et des résultats de l'examen, il pourrait être intéressant que vous bénéficiiez de séances de rééducation périnéale. Quels points positifs y voyez-vous ? Quels points négatifs ?*

*Comment pensez-vous pouvoir vous organiser pour venir à ces séances ?*

*Comment pensez-vous pouvoir poursuivre vos exercices chez vous, au travail, etc. ?*

#### S'engager

Se sentir concerné, même si l'on n'est pas le professionnel qui va réaliser la rééducation.

*Je sais qu'il est difficile de parler de ces questions-là.*

*Je peux comprendre que vous puissiez préférer en discuter avec la sage-femme/ le kinésithérapeute qui va vous suivre.*

Respecter le rythme de la personne, ne pas hésiter à la revoir sur cette question, proposer une autre rencontre.

#### Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)

Connaître les différents intervenants du secteur et orienter en fonction des besoins, des attentes.

### Sites Internet

- Portail « Naissance » du CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance): <http://wiki.naissance.asso.fr/index.php/PortailNaissance>

Ce portail recense des « sites Internet et associations francophones pour une approche "citoyenne" de la naissance » et propose de nombreux articles sur la périnatalité.

- **Association réseau rééducation périnéale** - Groupe de recherche en kinésithérapie périnéale (ARREP-GRKP): <http://www.journees-perineologie.com>

Ce site a été créé par des kinésithérapeutes spécialisés en rééducation périnéale. Il propose environ 300 articles sur la prise en charge des troubles de la fonction périnéale. Le site est mis à jour six fois par an. Il est ouvert à tous. Le grand public peut contacter directement les auteurs des articles par Internet, se renseigner sur le lieu d'exercice des spécialistes les plus proches de leur domicile, et poser directement ses questions à l'administrateur du site, Max Claude Cappelletti.

## Ressources pour approfondir le sujet

### Articles

- Tonneau H., Branger B., Chauvin F., Guermeur J., Grall J.-Y. Le périnée, qu'en savent les femmes? *La Revue Sage-femme*, juin 2005, vol. 4, n° 3: pp. 109-114.
- Pôle ressources national « Sport, éducation, mixités, citoyenneté ». Sport et maternité [dossier]. Les cahiers du pôle (Aix-en-Provence), janvier 2010, 66 p.

### Ouvrages

- Galliac Alanbari S. *Rééducation périnéale féminine: mode d'emploi*. Paris: Robert Jauze, 2005: 175 p.
- Leclerc R. *La kinésithérapie périnatale: préparer et retrouver son corps de femme*. Paris: Robert Jauze, 2008: 191 p.

### Rapport et autre recommandation

- Haab F. *Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire*. Paris: ministère français de la Santé et des Solidarités, avril 2007, 62 p.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques*. Paris: Anaes, coll. Recommandations pour la pratique clinique, février 2000: 12 p.

<sup>[1]</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Rééducation dans le cadre du post-partum: recommandations*. Paris: Anaes, coll. Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2002: 16 p.

<sup>[2]</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale: recommandations*. Saint-Denis La Plaine: Anaes, coll. Recommandations pour la pratique clinique, mai 2003: 18 p.