



UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**PLACE DE LA RÉHARMONISATION PÉRINÉALE DANS LE TRAITEMENT
DES DOULEURS PELVIPÉRINÉALES CHRONIQUES**

Étude prospective menée de novembre 2016 à décembre 2017 dans 4 centres

Mémoire présenté par Mme MAINGUY épouse GRONDAIN

Née le 03/11/1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2018

Directrice de mémoire : Mme DAUVERGNE



UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**PLACE DE LA RÉHARMONISATION PÉRINÉALE DANS LE TRAITEMENT
DES DOULEURS PELVIPÉRINÉALES CHRONIQUES**

Étude prospective menée de novembre 2016 à décembre 2017 dans 4 centres

Mémoire présenté par Mme MAINGUY épouse GRONDAIN

Née le 03/11/1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2018

Directrice de mémoire : Mme DAUVERGNE

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je voudrais remercier la directrice de ce mémoire, Marie-Paule Dauvergne, pour son encadrement, ses conseils, sa grande disponibilité et sa bienveillance à mon égard tout au long de ce projet.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Poitiers qui m'a encadrée tout au long de mes études, à commencer par la directrice Sylvie Guinot, et aux enseignants, Annick Potier, Thomas Bouin, Sonia Papin, Christine Louarn et plus spécifiquement à Delphine Contal et Julia Deparis pour leur tutorat de mémoire, ainsi que pour leurs corrections et conseils judicieux.

Mes sincères remerciements également à Nathalie Allègre, Alexa Wrezinski, Florence Helary, Christine Michel-Schweitzer et Emmanuelle Riou-Croce pour leur participation, leur implication et leurs remarques pour améliorer mon travail.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers mes amis et ma famille, dont le soutien et les conseils ont été un précieux support dans la réalisation de ce mémoire. Merci notamment à mon mari Jordan, ma tante Danielle et ma sœur Anaëlle, pour leur support et leur présence, ainsi qu'à Anaïs, Romane et Laure, pour leur réassurance, leurs conseils, leur aide et leur soutien.

À toutes ces personnes je dis très sincèrement merci pour tout.

Sommaire

1.	INTRODUCTION :	5
2.	MÉTHODOLOGIE :	7
2.1.	Présentation de la technique de réharmonisation périnéale :	7
2.2.	Objectifs :	7
2.3.	Schéma d'étude :	7
2.4.	Population :	8
2.5.	Outils de recueil des données :	8
2.6.	Mode de collecte des données et déroulement de l'étude :	9
2.7.	Critères de jugement :	9
2.8.	Analyse statistique :	10
2.9.	Aspects éthiques et réglementaires :	10
3.	RÉSULTATS :	12
3.1.	Sélection de la population :	12
3.2.	Description de la population étudiée :	12
3.3.	Évolution des douleurs pelvi-périnéales :	13
3.4.	Évolution de la qualité de vie et évènements de vie liés à la douleur :	15
3.4.1.	Évolution de la qualité de vie quotidienne :	15
3.4.2.	Évolution de la qualité de vie sexuelle :	15
3.4.3.	Évènements de vie liés à la douleur :	18
3.5.	Satisfaction des patientes :	19
4.	DISCUSSION :	20
4.1.	Résumé des principaux résultats :	20
4.2.	Cohérence interne :	21
4.2.1.	Faiblesses de l'étude :	21
4.2.2.	Forces de l'étude :	22
4.3.	Confrontation des résultats avec la littérature :	23
5.	CONCLUSION :	26
6.	BIBLIOGRAPHIE :	27
7.	ANNEXES :	29

1. INTRODUCTION :

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques (DPC) concernent 15 à 21,5 % des femmes (1). Elles sont définies par une douleur pelvienne évoluant depuis plus de 6 mois et constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie (2). Chez un tiers des patientes, elles représenteraient le principal motif de consultation (1). La multiplication des investigations diagnostiques et la lourdeur des traitements induisent des coûts considérables en terme de santé publique. Une étude américaine a ainsi pu estimer les coûts directs liés à la prise en charge de ces douleurs à 881,5 millions de dollars par an (3).

Vingt à 25 % de patientes avec des douleurs persistantes, qu'elles soient sévères ou non, considèrent que leur qualité de vie est altérée (4). Les DPC ont des répercussions sur leur vie de famille ou sur les plans social et professionnel (5). De plus, elles affectent négativement leur vie sexuelle (6). Par exemple, la dyspareunie conduit à un évitement des rapports sexuels et à une perte du désir sexuel, elle-même source de dyspareunie (7).

Les étiologies des DPC sont nombreuses. Des facteurs psycho-émotionnels sont souvent intriqués (8). Un accouchement ou un événement de vie traumatique (deuil, divorce, chômage, infidélité) peuvent être identifiés comme événement déclenchant (7). L'étude du Pr Fritel montre que la dyspareunie est plus fréquente chez les femmes ayant eu un périnée complet (9) même si la plupart des dyspareunies post-natales évoluent spontanément de manière favorable dans les 6 mois qui suivent le post-partum. Selon une étude américaine, l'accouchement par forceps ou d'un bébé pesant plus de 4 kg est également associé à une dyspareunie 6 à 11 ans après l'accouchement (10).

Concernant le lien entre césarienne et DPC, les résultats divergent : certaines études concluent à des douleurs plus fréquentes après une césarienne par rapport à un accouchement par voie basse (11)(12), quand d'autres ne montrent aucune différence (10) voire des douleurs périnéales moins fréquentes après une césarienne (13). Les antécédents d'abus sexuels peuvent également jouer un rôle puisque les patientes atteintes de vulvodynies ont quatre fois plus d'antécédents d'abus sexuels dans l'enfance (14).

La prise en charge des DPC est complexe. En effet, de nombreuses DPC restent sans réponse thérapeutique satisfaisante (8). Malgré la qualité et la diversité des examens secondaires réalisés, il n'est pas retrouvé de lésion accessible à un traitement spécifique dans 30 à 40 % des cas (2). Différentes études s'accordent à dire que la prise en charge des DPC devrait être pluridisciplinaire (15). Elle peut comprendre un traitement antalgique, de la

physiothérapie, de la chirurgie, une psychothérapie voire même l'injection de toxine botulique dans les cas d'hypertonie musculaire pelvienne (16).

Peu d'études se sont proposées d'évaluer les pratiques manuelles telles que la réharmonisation périnéale mais elles sont encourageantes : une étude menée par Martine Grimaldi, gynécologue à Nice, sur 86 dossiers de patientes souffrant de DPC, a conclu à 71 % de bons résultats après 2 séances de médecine manuelle mais ils demandent à être validés à plus large échelle (8). Cette étude expose également six situations cliniques fréquemment rencontrées et pour lesquelles l'amélioration obtenue a perduré au moins 9 mois. Pour quatre d'entre elles, une étiologie ou facteur déclenchant est évoqué mais l'impact de la douleur sur leur qualité de vie et sur leur vie sexuelle n'est pas évalué.

Face à la complexité de la problématique des DPC, de plus en plus de professionnels de santé proposent à leurs patientes des séances de réharmonisation périnéale bien que leur efficacité reste insuffisamment documentée.

La question à laquelle nous tenterons de répondre dans cette étude est la suivante : Les séances de réharmonisation périnéale permettent-elles de soulager des DPC avec un impact positif sur la qualité de vie des patientes ?

Pour cela, nous tenterons d'évaluer l'impact des séances sur la douleur des femmes ainsi que les répercussions que cela peut avoir sur leur qualité de vie afin d'apprécier la place qui pourrait être accordée à la réharmonisation périnéale en tant qu'alternative thérapeutique dans la prise en charge des DPC. Nous nous intéresserons également aux événements de vie que les patientes considèrent comme étant liés à leur douleur.

2. MÉTHODOLOGIE :

2.1. Présentation de la technique de réharmonisation périnéale :

Le principe est de rétablir la souplesse et la liberté de mouvement des tissus et fascias du périnée par un toucher externe couplé à un toucher interne mettant en tension douce les tissus et fascias de la zone pelvi-périnéale. Le travail se fait dans le plus grand respect de la consultante, en essayant toujours de rester en dessous du seuil de douleur de la personne et en restant à l'écoute de ses sensations et de ses réponses tissulaires aux différentes mises en tension. Ces séances ont pour but de rétablir une fonctionnalité normale physiologique de la zone pelvi-périnéale mais ne permettent pas d'établir un diagnostic.

Les principaux axes de travail sont :

- en premier lieu l'évaluation de réponse du plancher pelvi-périnéal par une mise en tension du noyau fibreux central périnéal
- une mobilisation douce du col et du corps de l'utérus ainsi que des ligaments utérosacrés
- une mise en tension du fascia vésico-vaginal et l'appréciation de l'élasticité de la zone tissulaire pelvi-urétrale
- une appréciation de la tonicité des fosses ischio-rectales et de la zone obturatrice
- une mise en tension des lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes et leur zone d'insertion
- une mise en tension et une évaluation de l'élasticité de zones cicatricielles si nécessaire.

2.2. Objectifs :

Notre objectif principal était d'évaluer l'efficacité des séances de réharmonisation périnéale sur le soulagement des douleurs pelvipérinéales chroniques. Secondairement, nous nous sommes intéressés à l'impact de cette technique sur la qualité de vie quotidienne et sexuelle des patientes concernées. Cette étude s'est également attachée aux événements de vie que les patientes considéraient comme liés à leur douleur, et notamment aux modalités d'accouchement.

2.3. Schéma d'étude :

Nous avons mené une étude observationnelle, longitudinale, prospective et multicentrique. Les praticiennes ont été recrutées parmi des professionnels ayant participé à

la même formation sur la technique de réharmonisation périnéale. Six praticiennes avaient accepté de diffuser les questionnaires avant / après auprès de leurs patientes. Deux d'entre elles ont dû interrompre leur participation avant d'avoir pu les distribuer pour des raisons extérieures à notre étude. Au total, 3 sages-femmes et une ostéopathe ont donc inclus leurs patientes sur la période allant de novembre 2016 à décembre 2017. Elles exerçaient chacune dans une ville différente, à savoir Poitiers (86), Thonon-Les-Bains (74), Lingolsheim (67) et Questembert (56).

2.4. Population :

Ont été incluses des femmes francophones majeures bénéficiant d'au moins une séance pour des DPC, libres de toute tutelle, curatelle ou subordination et acceptant de participer à l'étude.

N'ont pas été incluses les femmes ayant déjà bénéficié d'au moins une séance avant le début de la période d'inclusion ou ayant accouché depuis moins d'un an.

Ont été exclues les femmes n'ayant rempli qu'un des deux questionnaires avant ou après.

2.5. Outils de recueil des données :

Un questionnaire devait être distribué avant les séances et un second après la dernière séance. Les questionnaires utilisés étaient associés par paires numérotées de sorte à pouvoir les associer et réaliser la comparaison entre les deux questionnaires pour chaque patiente.

Une phase de pré-test a permis de les modifier afin d'en optimiser la compréhension.

Le premier questionnaire (**Annexe 1**) rassemblait des données d'ordre général sur les patientes (âge, profession, niveau d'étude, nombre d'enfants, situation familiale) et précisait également quel praticien avait proposé cette prise en charge à la patiente. Il s'intéressait aussi à sa douleur (durée d'évolution, facteur déclenchant, localisation sur un schéma, existence d'examens ou d'une chirurgie liés à la douleur) et interrogeait les patientes sur les modalités de leurs accouchements. Ensuite venait une question recensant l'existence d'autres antécédents obstétricaux et de violences. Les patientes devaient ensuite dire si selon elles ces évènements étaient liés à leur douleur.

L'évolution de la douleur a été évaluée grâce au questionnaire concis sur la douleur (QCD) qu'il est recommandé d'utiliser pour ce type d'analyse (17). Il évaluait également la qualité de vie.

Quant à la qualité de vie sexuelle, elle a été évaluée par le sous-score obtenu en réponse à la partie concernant les troubles de la sexualité de la version française du Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ) qui est également un questionnaire validé (18).

Le second questionnaire demandait tout d'abord aux femmes si les séances leur avait permis de constater une amélioration de leur situation, ce qu'il restait à améliorer selon elles et combien de séances elles avaient effectuées avant de reprendre les éléments du QCD et du FPFQ (**Annexe 2**).

2.6. Mode de collecte des données et déroulement de l'étude :

L'étude a débuté par l'envoi postal des questionnaires aux 4 praticiennes ayant accepté de les diffuser. Un courrier à l'attention de chaque patiente précisant le but de l'étude et son déroulement y était associé (**Annexe 3**). Chaque praticienne avait reçu un exemplaire du synopsis de ce mémoire afin de faciliter l'identification des critères d'inclusion.

Les praticiennes ont été contactées régulièrement tout au long de l'étude afin de dépister d'éventuelles difficultés dans la conduite de celle-ci et de préciser les critères d'inclusion. De nouveaux questionnaires vierges ont été adressés aux praticiennes quand elles n'en avaient plus en leur possession afin d'assurer la poursuite de l'étude.

Chaque praticienne a distribué un questionnaire « avant » à ses nouvelles patientes respectant les critères d'inclusion et un questionnaire « après » une fois les séances terminées. Le nombre de séances nécessaires a été laissé à l'appréciation de chaque praticienne.

2.7. Critères de jugement :

Plusieurs éléments ont été comparés avant et après les séances afin d'en évaluer l'efficacité. L'évolution de la douleur des femmes a été appréciée par les échelles numériques comprises dans le QCD pour la douleur la plus intense, la plus faible, et la douleur ressentie en général et au moment de la séance. Le QCD s'intéressait aussi à la prise d'antalgiques et au pourcentage d'amélioration obtenu. Par la suite, l'impact de la douleur sur la qualité de vie y était étudié en appréciant son retentissement sur l'activité générale, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, les relations avec les autres, le sommeil et le goût de vivre. Ces différents indicateurs étaient notés sur 10 points, plus la note était élevée plus la douleur était gênante pour l'indicateur concerné.

L'évolution de la vie sexuelle a été évaluée par le sous-score obtenu en réponse à la partie concernant les troubles de la sexualité de la version française du Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ) qui est également un questionnaire validé (18). Les troubles de la sexualité y ont été évalués en 10 questions portant sur le désir, l'orgasme, la dyspareunie, la lubrification et le plaisir. La somme des points obtenus à ces questions nous a donné un score sur 15. Plus ce score était faible, meilleure était la qualité de vie sexuelle de la femme. Les femmes n'ayant pas de rapport sexuel à cause d'une dyspareunie se voyaient attribuer un score à 15. Les réponses à certaines questions du FPFQ ont également été analysées individuellement, notamment pour celles concernant la libido et la fréquence des rapports sexuels qui n'entraient pas dans le calcul du score.

Nous avons enfin recensé les antécédents obstétricaux des patientes (modalités d'accouchement, fausse couche, interruption volontaire ou médicale de grossesse, mort fœtale in utero, grossesse extra-utérine) ainsi que les antécédents de violence, et leur avons demandé si selon elles ces évènements avaient un lien avec leur douleur.

2.8. Analyse statistique :

Les caractéristiques générales de notre population ont été extraites de notre base de données grâce au logiciel Epi-Info. Les variables qualitatives ont été exprimées par la proportion (%) et l'effectif (n). Les variables quantitatives ont quant à elles été décrites par la moyenne (m), l'écart-type (ET) et l'étendue des observations [min-max]. Les comparaisons des variables quantitatives avant et après ont donné lieu au calcul d'une différence moyenne et de son intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées sur des séries appariées grâce aux tests statistiques disponibles en ligne sur BiostaTGV. Nous avons utilisé le test de Student pour données appariées pour comparer nos variables quantitatives, celui de Mc Nemar pour la comparaison de nos variables qualitatives binaires et celui des rangs signés de Wilcoxon pour la comparaison des variables qualitatives ordinales. Les résultats significatifs étaient ceux pour lesquels le degré de signification p du test statistique était inférieur à 0,05.

2.9. Aspects éthiques et réglementaires :

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ». Seuls

les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- l'identité du responsable du traitement des données,
- l'objectif de la collecte d'informations,
- le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- les destinataires des informations.

Les questionnaires étaient anonymes et le retour du questionnaire complété par le sujet faisait office de consentement pour participer à l'étude. Le respect de leur anonymat a été assuré par la mise à disposition d'enveloppes pour la remise des questionnaires complétés.

3. RÉSULTATS :

3.1. Sélection de la population :

Parmi les patientes éligibles à une participation à notre étude, 77,6% ont répondu et 46 % ont été incluses.

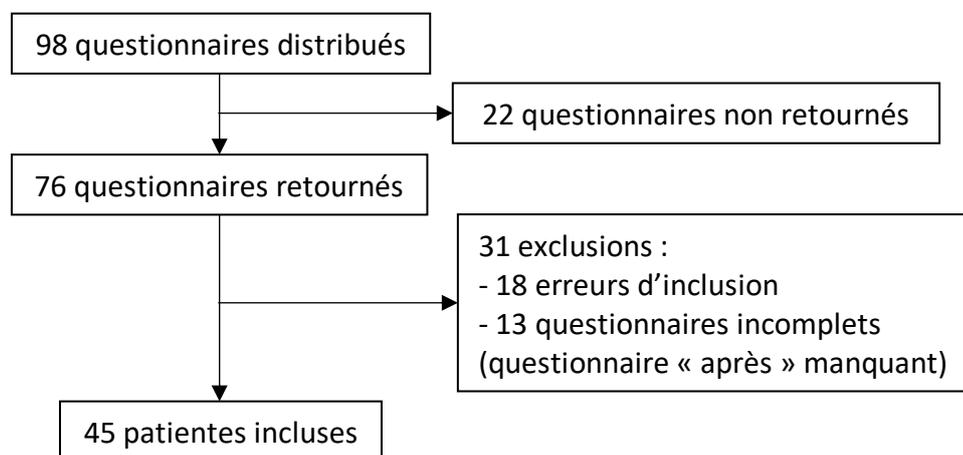


Figure 1 : Représentation de la participation et des inclusions

3.2. Description de la population étudiée :

Tableau I : Caractéristiques générales des patientes

	n = 45, %	(n)
Âge moyen +/- ET [min-max], années	38,1 +/- 10,6	[19-67]
Catégorie socioprofessionnelle		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2,2	(1)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	24,4	(11)
Professions intermédiaires	28,9	(13)
Employés	37,8	(17)
Retraités	2,2	(1)
Autres personnes sans activité professionnelle	4,4	(2)
Niveau d'étude		
Collège	2,2	(1)
CAP-BEP	11,1	(5)
Baccalauréat	8,9	(4)
Enseignement supérieur	77,8	(35)
Situation familiale		
Célibataire	11,1	(5)
En couple	88,9	(40)
Nombre d'enfants moyen +/- ET [min-max]	1,3 +/- 0,9	[0-3]

Tableau II : Caractéristiques de la douleur

	n = 45, %	(n)
Durée moyenne d'évolution [min-max], années	4,4 +/- 5,2	[0,5-20]
Patientes ayant déjà eu un examen ou une chirurgie	31,1	(14)
Examens	71,4	(10)
Chirurgie	42,9	(6)
Déclencheur		
Chute	13,3	(6)
Accouchement	28,9	(13)
Évènement gynécologique	22,2	(10)
Violence sexuelle	8,9	(4)
Ne sait pas	17,8	(8)
Autres	20,0	(9)

La catégorie évènement gynécologique regroupait des évènements tels que la pose d'un stérilet (n = 1), une mycose (n = 1), la pose d'essure (n = 1), une fausse couche (n = 1), une grossesse (n = 1), l'apparition de lichen vulvaire (n = 1), une infection urinaire (n = 1), le début de la ménopause (n = 2) ou des premières règles (n = 1). Parmi les autres facteurs déclencheurs ont été évoqués un trajet voiture (n = 1), une ascension en montagne (n = 1), le stress (n = 4), la présence d'hémorroïdes (n = 1), une intervention chirurgicale (n = 1) ou encore des fractures de vertèbres (n = 1).

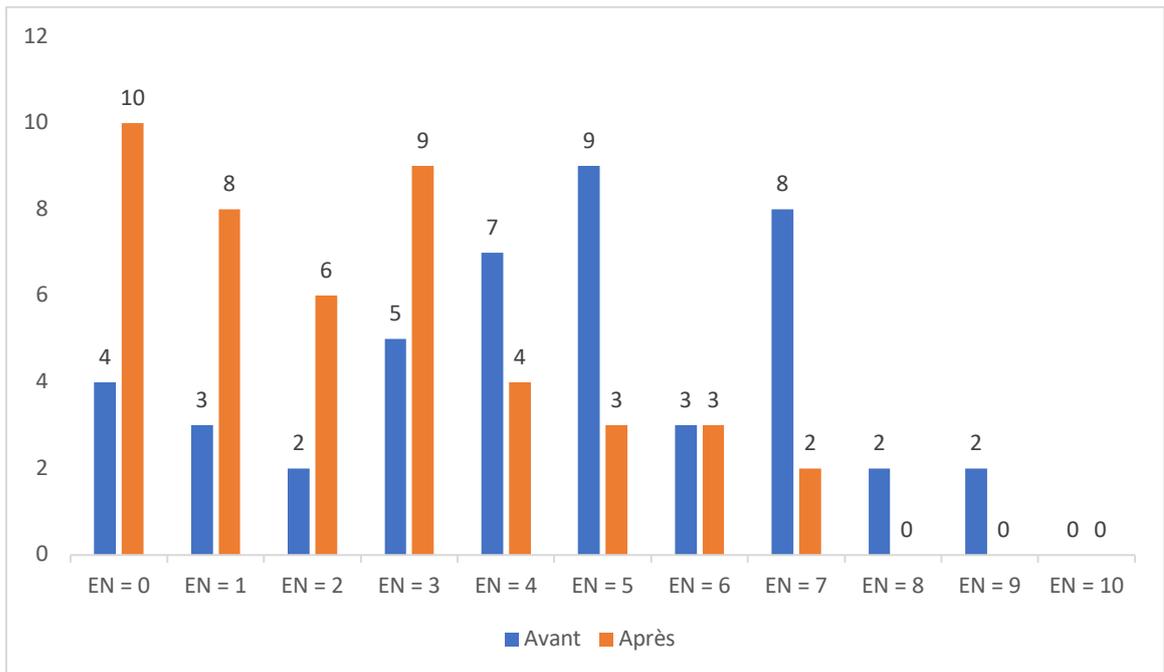
3.3. Évolution des douleurs pelvi-périnéales :

Tableau III : Évolution de l'échelle numérique de la douleur avant et après les séances

Douleur	Avant		Après		Différence moyenne		p
	moyenne (ET)		moyenne (ET)		(IC à 95 %)		
La plus intense	6,2	(2,3)	3,2	(2,8)	3,1	(2,2-3,9)	< 0,001
La plus faible	2,2	(1,9)	1,0	(1,7)	1,2	(0,5-1,9)	< 0,001
En général	4,5	(2,5)	2,4	(2,1)	2,1	(1,4-2,8)	< 0,001
Maintenant	3,9	(2,7)	1,4	(1,9)	2,4	(1,6-3,2)	< 0,001

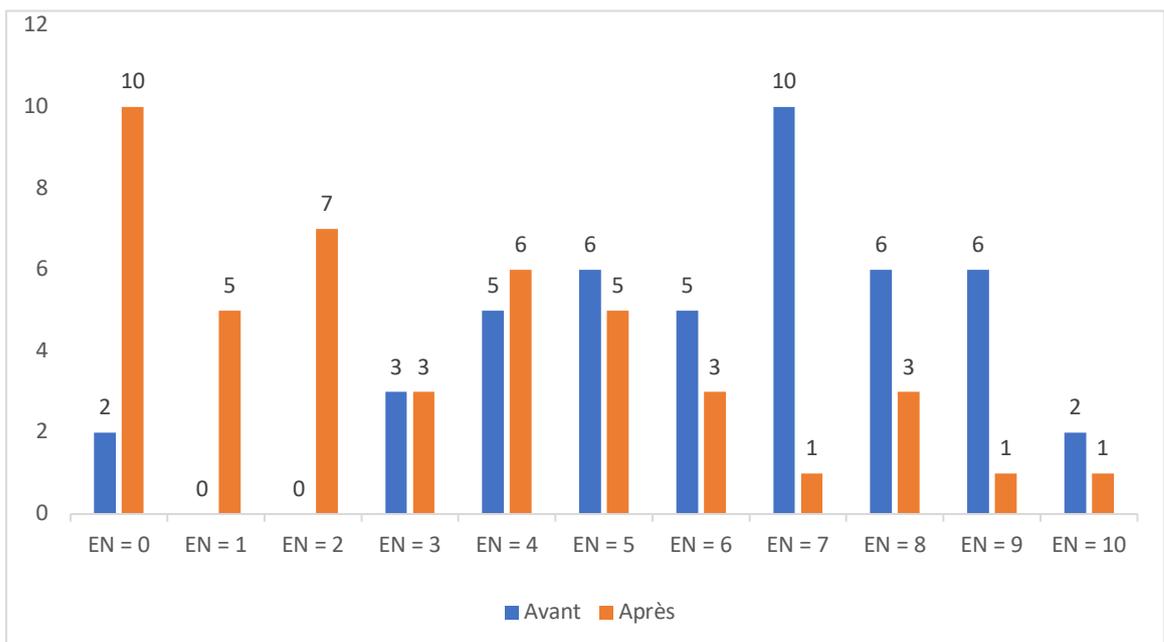
La proportion de patientes prenant un traitement antidouleur était de 42,2 % avant les séances (n = 19) et de 31,1 % après (n = 14). Cette différence n'était pas significative (p = 0,22). Le pourcentage d'amélioration obtenu avec ces prises médicamenteuses était en moyenne de 27,7 % avant, et de 55,4 % après. Il a pu être comparé par un test statistique uniquement pour les 11 patientes prenant à la fois un traitement avant et après les séances, sans montrer de différence significative (p = 0,12).

Figure 2 : Répartition des niveaux de douleur ressentie en général avant et après les séances



Concernant la douleur ressentie en général, les patientes étaient 53,3 % (n = 24) à lui donner une EN supérieure ou égale à 5 avant les séances, et 17,8 % (n = 8) après. Cette différence était significative ($p < 0,001$). La répartition des femmes en fonction de leur EN en général présentée dans la **Figure 2** était également significativement différente ($p < 0,001$).

Figure 3 : Répartition des niveaux de douleur les plus intenses avant et après les séances



Concernant la douleur la plus intense, les patientes étaient 77,8 % (n = 35) à lui donner une EN supérieure ou égale à 5 avant les séances, et 31,1 % (n = 14) après. Cette différence était significative (p < 0,001). La répartition des femmes en fonction de leur EN la plus intense présentée dans la **Figure 3** était également significativement différente (p < 0,001).

3.4. Évolution de la qualité de vie et événements de vie liés à la douleur :

3.4.1. Évolution de la qualité de vie quotidienne :

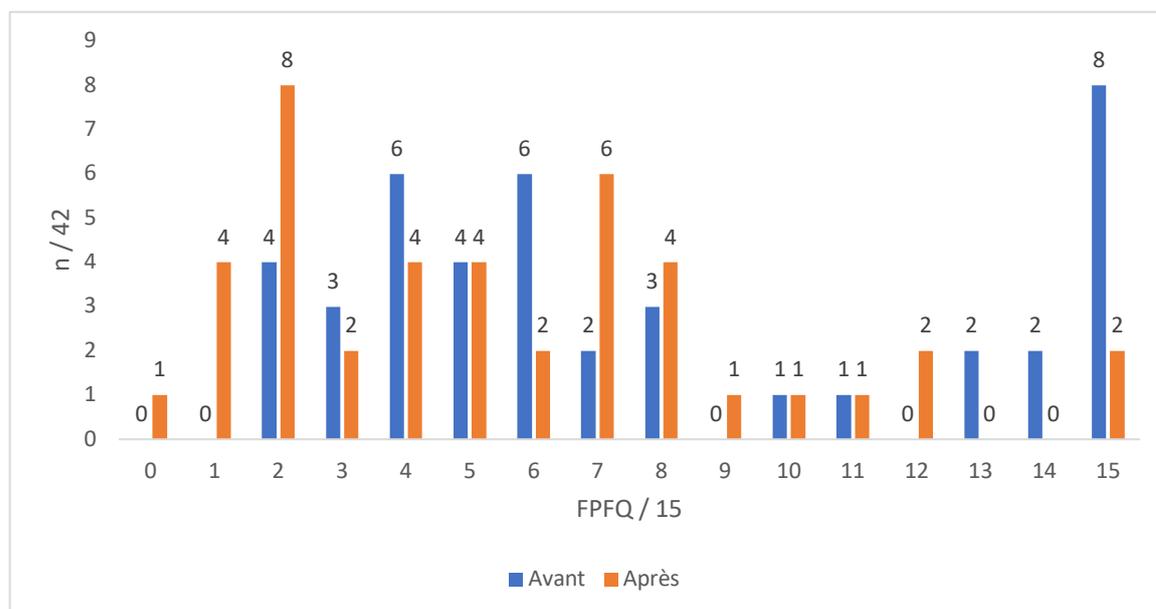
Tableau IV : Évolution des scores obtenus aux indicateurs de qualité de vie avant et après les séances

Indicateurs	Avant moyenne (ET)	Après moyenne (ET)	Différence moyenne, (IC à 95 %)	p
Activité générale	3,7 (3,1)	1,9 (2,5)	1,9 (1,1-2,7)	< 0,001
Humeur	4,6 (3,3)	2,0 (2,5)	2,5 (1,5-3,5)	< 0,001
Capacité à marcher	2,4 (2,7)	0,8 (1,5)	1,6 (0,9-2,3)	< 0,001
Travail habituel	3,1 (3,1)	1,5 (2,1)	1,7 (0,8-2,5)	< 0,001
Relations	2,9 (3,2)	1,7 (2,5)	1,3 (0,3-2,2)	0,010
Sommeil	3,0 (3,2)	1,7 (2,6)	1,4 (0,5-2,2)	0,003
Goût de vivre	3,6 (3,4)	1,5 (2,2)	2,0 (1,0-3,0)	< 0,001

3.4.2. Évolution de la qualité de vie sexuelle :

La moyenne obtenue au FPFQ était de 8,1/15 (+/- 4,8) avant les séances et de 5,7/15 (+/- 4,0) après, avec une différence moyenne de 2,4 points (1,3-3,5). Cette différence s'est révélée significative (p < 0,001) et traduisait une amélioration de leur qualité de vie sexuelle. Cette moyenne a été calculée à partir des scores de 42 patientes, 3 patientes ayant déclaré ne pas avoir de rapports sexuels par manque d'envie ou par absence de partenaire.

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction de leur score au FPFQ avant et après les séances



Les patientes étaient 40,5 % (n = 17) à avoir un score FPFQ supérieur ou égal à 8/15 avant les séances et 26,2 % après (n = 11). Cette différence était significative (p = 0,04). La répartition des patientes en fonction de leur EN présentée dans la **Figure 4** était elle aussi significative (p < 0,001).

De plus, elles étaient 17,7 % (n = 8) à déclarer ne pas avoir de rapports sexuels à cause d'une douleur ou d'une sécheresse vaginale avant les séances, et 2,2 % après (n = 1). Cette différence était aussi significative (p = 0,02).

Tableau V : Répartition des femmes en fonction de leurs réponses aux questions n'entrant pas dans le calcul du score FPFQ avant et après les séances

Critères	Avant (n = 45)		Après (n = 45)		p
	%	(n)	%	(n)	
Libido					
Absente	20,0	(9)	15,6	(7)	0,052
Basse	42,2	(19)	26,7	(12)	
Moyenne	33,4	(15)	55,6	(25)	
Haute	4,4	(2)	2,2	(1)	
Rapports sexuels					
Non	26,7	(12)	17,8	(8)	0,076
Parfois	57,8	(26)	60,0	(27)	
Souvent	15,5	(7)	22,2	(10)	
Tous les jours	0,0	(0)	0,0	(0)	

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction de leurs réponses aux questions entrant dans le calcul du score FPFQ avant et après les séances

Critères	Avant (n = 40)		Après (n = 40)		p
	%	(n)	%	(n)	
Orgasme					
Rarement	20,0	(8)	10,0	(4)	0,042
Quelquefois	17,5	(7)	25,0	(10)	
Généralement	47,5	(19)	37,5	(15)	
Toujours	15,0	(6)	27,5	(11)	
Sensation vaginale					
Absente	12,5	(5)	5,0	(2)	0,051
Minime	35,0	(14)	27,5	(11)	
Agréable	45,0	(18)	57,5	(23)	
Très agréable	7,5	(3)	10,0	(4)	
Rapports sexuels douloureux					
Non	20,0	(8)	42,5	(17)	< 0,001
Parfois	45,0	(18)	42,5	(17)	
Souvent	2,5	(1)	7,5	(3)	
Toujours	32,5	(13)	7,5	(3)	
Lubrification vaginale					
Suffisante	55,0	(22)	65,0	(26)	0,182
Insuffisante	45,0	(18)	35,0	(14)	
Localisation de la douleur					
Absente	20,0	(8)	42,5	(17)	0,004
A l'entrée	35,0	(14)	27,5	(11)	
Au fond	22,5	(9)	22,5	(9)	
Les deux	22,5	(9)	7,5	(3)	
Rapport sexuel agréable					
Pas du tout	17,5	(7)	2,5	(1)	0,060
Parfois	10,0	(4)	17,5	(7)	
Souvent	45,0	(18)	37,5	(15)	
Toujours	27,5	(11)	42,5	(17)	

Les proportions calculées pour les indicateurs entrant dans le calcul du score l'ont été sur un total de 40 patientes. En effet, 3 patientes n'avaient pas de rapports sexuels par manque d'envie ou par absence de partenaire, et 2 n'ont pas complété la fin du questionnaire.

3.4.3. Évènements de vie liés à la douleur :

Les femmes étaient 28,9% (n = 13) à considérer que leur douleur était consécutive à leur accouchement. Elles étaient 75,6 % à avoir déjà accouché (n = 34) et 24,4 % à n'avoir jamais accouché (n = 11).

Tableau VII : Données collectées sur les accouchements

	n = 34, %	(n)
Date d'accouchement		
Il y a moins d'un an	5,9	(2)
Entre 1 et 5 ans	52,4	(18)
Entre 5 et 10 ans	20,6	(7)
Plus de 10 ans	47,1	(16)
Poids de naissance moyen +/- ET [min-max], grammes	3243 +/- 475	[2000-4600]
Modalités d'accouchement		
Accouchement voie basse spontané	55,9	(19)
Accouchement voie basse instrumental	32,4	(11)
Césarienne	20,6	(7)
Lésions périnéales (n = 29), % (n)		
Périnée intact	3,4	(1)
Déchirure	58,6	(17)
Épisiotomie	31,0	(9)
Périnée complet	6,9	(2)

Deux femmes dans le post-partum depuis moins d'un an ont été incluses car leur douleur évoluait déjà depuis plus de 6 mois avant leur accouchement. Les pourcentages de déchirure, d'épisiotomie et de périnée complet ont été calculés sur l'ensemble des patientes ayant accouché voie basse (n = 29).

Tableau VIII : Autres évènements de vie déclarés

Évènement	(n = 45)	
	%	(n)
Fausses couches	22,2	(10)
Interruption volontaire de grossesse	8,9	(4)
Interruption médicale de grossesse	4,4	(2)
Violences sexuelles	4,4	(2)
Violences psychologiques	8,9	(4)
Aucun	64,4	(29)

Aucune patiente n'a déclaré avoir eu une grossesse extra-utérine, une mort fœtale in utero ou subi des violences physiques. Parmi les patientes ayant déclaré l'un des évènements présentés dans le **Tableau VIII**, seules 2 d'entre elles ont déclaré qu'elles pensaient que ceux-ci pouvaient être liés à leur douleur.

3.5. Satisfaction des patientes :

À la question « Ces séances vous ont-elles permis de constater une amélioration de votre situation ? », 93,3 % des femmes ont répondu « oui ». Le nombre moyen de séances nécessaire pour obtenir ce résultat était de 3 séances. Parmi elles, 31,1 % (n = 14) estimaient qu'il ne restait rien à améliorer et 57,8 % (n = 26) considéraient que leur douleur pouvait encore être améliorée. Enfin, elles étaient 5 à préciser que la persistance de l'amélioration obtenue restait à confirmer dans le temps.

Ces séances avaient été proposées à 26,7 % (n = 12) des patientes par une sage-femme, à 26,7 % (n = 12) par un médecin, à 15,6 % (n = 7) par un ostéopathe et à 31,1 % (n = 14) par une autre personne (« bouche à oreille »).

4. DISCUSSION

4.1. Résumé des principaux résultats :

Après en moyenne 3,2 séances de réharmonisation périnéale, le niveau de douleur des femmes a significativement diminué, alors qu'elle évoluait en moyenne depuis 4,4 années et que 31,1 % d'entre elles avaient déjà subi des examens ou une chirurgie en lien avec cette douleur. Après les séances, la douleur la plus intense ressentie par les femmes était en moyenne de 3,1 points de moins et la douleur ressentie en général de 2,1 points de moins. Il y avait également une diminution significative de la proportion de femmes présentant des douleurs avec une échelle numérique supérieure ou égale à 5 ($p < 0,001$). Cette proportion était de 53,3 % avant et de 17,8 % après pour la douleur ressentie en général, et de 77,8 % avant et de 31,1 % après pour la douleur la plus intense. Notre étude n'a pas montré de diminution de la prise de traitements antalgiques malgré la diminution de la douleur des femmes.

Cependant, nous avons mis en évidence une amélioration significative de leur qualité de vie et ce pour l'ensemble des 7 indicateurs évalués ($p < 0,05$). Nous avons aussi retrouvé une diminution moyenne de 2,4 points sur 15 obtenue au FPFQ ($p < 0,001$). De plus, la proportion de femmes ayant un score supérieur ou égal à 8 / 15 était de 40,5 % avant et de 26,2 % après ($p < 0,05$). Ces deux résultats traduisaient une amélioration significative de la qualité de vie sexuelle des femmes. Nous avons également observé une augmentation du nombre de patientes déclarant avoir des rapports sexuels non douloureux, elles étaient 20,0 % avant les séances et 42,5 % après.

Par ailleurs, les patientes étaient 28,9 % ($n = 13$) à déclarer que leur douleur avait été déclenchée par un accouchement. Parmi les patientes ayant d'autres antécédents obstétricaux ou des antécédents de violences, seules 2 pensaient qu'ils pouvaient être liés à leur douleur.

Enfin, les patientes ont déclaré être satisfaites de leurs séances. En effet 93,3 % des femmes ont répondu par l'affirmative à la question concernant une amélioration de leur situation. Elles étaient 31,1 % à en constater une amélioration complète. Toutefois, 57,8 % d'entre elles considéraient que leur douleur pouvait encore être améliorée.

4.2. Cohérence interne :

4.2.1. Faiblesses de l'étude :

Premièrement, parmi les patientes ayant été sélectionnées pour participer, 46 % ont été incluses. En effet, sur 76 patientes ayant donné leur consentement pour participer à l'étude, 18 ont été exclues pour erreur d'inclusion et 13 n'ont pas réalisé une deuxième séance. Notre étude porte donc sur un échantillon relativement faible (45 patientes). Nous ne pensons pas que cela remette en question la validité de nos résultats dont le degré de signification est pour la plupart très inférieur à 0,05.

Concernant les 13 patientes qui n'ont pas effectué une deuxième séance, les praticiennes ne les ont jamais revues et n'ont donc pas pu leur proposer le second questionnaire. Ces femmes n'ont pas pu être recontactées du fait de l'anonymisation des questionnaires mais nous avons plusieurs hypothèses pouvant expliquer ce phénomène. La première est qu'il est possible qu'une seule séance ait été nécessaire pour obtenir une amélioration ou au contraire qu'elles aient été déçues du résultat et n'aient pas souhaité effectuer une deuxième séance. La deuxième est que le coût des séances a pu freiner les femmes pour participer à une deuxième séance, la première ne leur ayant pas donné entière satisfaction. La troisième tient à la technique en elle-même. En effet, la réharmonisation périnéale impliquant un toucher rectal, il est possible que certaines femmes n'aient pas voulu renouveler l'expérience.

D'autre part, les patientes de notre étude constituaient une population qui n'était pas représentative de la population générale. En effet, elles étaient 77,8 % à avoir suivi un cursus relevant de l'enseignement supérieur et appartenant donc à une catégorie sociale aisée. Cela s'explique par le coût des séances (55 € par séance) qui ne les rend pas accessibles à toutes les catégories socio-professionnelles. Or on sait que les douleurs chroniques sont conditionnées par des déterminants sociaux (19). Les patientes de notre étude constituaient une population qui n'était pas représentative de la population générale, mais nous ne pensons pas que cela ait pu influencer leurs résultats.

De plus, les réponses à la partie concernant les antécédents obstétricaux et de violences étaient pour la plupart incomplètes ou incohérentes. Cette difficulté, inhérente à toutes les enquêtes par questionnaires, a été particulièrement marquée dans la nôtre malgré une phase de test des questionnaires précédant notre étude. Ainsi, beaucoup de femmes n'ont pas différencié les modalités de leurs différents accouchements, alors que la forme du questionnaire le permettait. Les taux calculés l'ont été à partir du nombre de patientes ayant

déjà accouché et non du nombre d'accouchements qu'elles pouvaient représenter, ce qui nous a empêché de les comparer à ceux de la population générale. D'autres ont parfois déclaré que leur douleur avait été déclenchée par un rapport sexuel violent ou forcé, sans pour autant cocher la case évoquant un antécédent de violences sexuelles. Nous n'avons donc pas pu confronter ces éléments à ceux d'autres études s'y intéressant.

On peut noter aussi que deux patientes ont coté leur douleur la plus intense au cours de la semaine précédant la première séance à 0, alors qu'elles venaient consulter pour des DPC. Deux hypothèses peuvent expliquer ces réponses : une erreur d'inclusion ou une DPC évoluant de manière irrégulière et qui n'était pas présente dans la semaine précédant la première séance.

Enfin, la forme de notre questionnaire ne permettait pas de regrouper les douleurs par catégorie comme cela avait pu être le cas dans l'étude de Martine Grimaldi (8). Leur localisation pelvienne était vérifiée sur un schéma, mais leur catégorisation était impossible du fait de la grande diversité des réponses obtenues aux questions ouvertes. Une meilleure précision des questions concernant le type de douleur aurait permis de comparer l'évolution de la douleur par catégorie et d'évaluer à quelle évolution on pouvait s'attendre en fonction des types de douleurs.

4.2.2. Forces de l'étude :

Premièrement, notre étude est la deuxième à s'intéresser à la prise en charge des DPC par des techniques manuelles. Elle se distingue de l'étude précédente par l'analyse de l'évolution des qualités de vie quotidienne et sexuelle après avoir bénéficié des séances et pas seulement à la douleur elle-même.

Les indicateurs utilisés dans notre étude pour évaluer la douleur, la qualité de vie quotidienne et la qualité de vie sexuelle sont tous des indicateurs validés et recommandés pour ce type d'analyse. Le QCD est ainsi particulièrement indiqué dans l'évaluation du niveau des DPC et de leur impact sur la qualité de vie quotidienne (17). Le FPFQ est lui validé dans l'évaluation de la qualité de vie sexuelle et ce également dans sa version française (18). La fiabilité de ces indicateurs donne de la force aux résultats obtenus.

De plus, les praticiennes avaient toutes reçu la même formation initiale à la pratique de la réharmonisation périnéale. Nous pouvons donc supposer que la variabilité de la technique utilisée dans les différents centres était minime.

Comme il peut être délicat de proposer à des patientes d'évaluer la pratique d'un professionnel qu'elles ont sollicité, le retour des questionnaires à la praticienne s'est effectué sous enveloppe non nominative ce qui a permis de garantir l'anonymat des patientes qui pouvaient alors s'exprimer librement.

Par ailleurs, nos critères de sélection restrictifs nous ont permis d'éviter le biais qu'aurait pu induire l'inclusion de patientes présentant une douleur du post-partum depuis moins d'un an. Les douleurs du post-partum évoluant spontanément favorablement en 6 mois, nous avons considéré qu'une durée d'évolution de 6 mois supplémentaires au-delà de cette période relevait alors de la définition de la DPC. Les améliorations constatées après les séances sur la douleur et la qualité de vie quotidienne et sexuelle ont donc pu être attribuées aux séances effectuées, et non à un simple effet du temps, qui nous le savons a un effet positif notamment sur les douleurs du post-partum (9).

Enfin, les différentes praticiennes se sont montrées très impliquées dans la conduite de l'étude. Le taux de participation de leurs patientes était de 77,6 %. L'implication des praticiennes tenait à leur grand intérêt pour l'étude et à une grande curiosité concernant les résultats. Elles ont toutes formulé le souhait de les recevoir et étaient encouragées par les premiers résultats reçus en cours d'étude concernant la satisfaction des femmes.

4.3. Confrontation des résultats avec la littérature :

La confrontation des résultats aux données de la littérature s'est avérée difficile puisque les techniques manuelles sont pour le moment peu répandues dans la prise en charge des DPC. Notre étude vient en effet compléter les données disponibles dans la littérature à ce sujet. Les points suivants ont cependant pu être dégagés.

Notre étude était la deuxième à porter sur les techniques manuelles en gynécologie. Elle a montré une différence significative sur le niveau de douleur des femmes avant et après les séances. La douleur ressentie en général a diminué de 2,1 points et la douleur la plus intense de 3,1 points ($p < 0,05$). De plus 93,3 % des patientes de notre étude ont dit être satisfaites du résultat des séances. Ces résultats renforcent ceux de Martine Grimaldi qui obtenait 71 % de bons résultats après 2 séances. Les bons résultats étaient ceux des femmes qui déclaraient une amélioration de leur échelle visuelle analogique (EVA) d'au moins 70 % (8).

Nous avons également retrouvé une amélioration de la qualité de vie quotidienne des femmes concomitante d'une diminution de leur douleur, et ce pour l'ensemble des indicateurs évalués. Ces résultats corroborent ceux de Dueñas *et al.*, selon lesquels les

douleurs chroniques affectent la qualité de vie quotidienne à plusieurs niveaux (5). Selon eux, les douleurs chroniques perturbent le sommeil, tendance que nous retrouvons avec une diminution significative du score évaluant la gêne provoquée par les DPC sur le sommeil. Ils remarquent également que les personnes souffrant de douleurs chroniques sont plus sujettes à l'absentéisme au travail et que leur productivité est réduite. Dans notre étude, nous observons une diminution significative de la gêne au travail occasionnée par la DPC après les séances. Par ailleurs, Dueñas *et al.* évoquent le fait que les personnes souffrant de douleurs chroniques ont moins de contact avec leur famille et un faible niveau de satisfaction concernant leur vie familiale. Cette tendance est également vérifiée dans notre étude qui retrouve une diminution de l'impact de la DPC sur les relations des patientes après les séances. Cette étude espagnole note également un impact négatif des douleurs chroniques sur la santé physique et mentale, ce qui concorde avec l'amélioration significative de l'activité générale, de l'humeur, de la capacité à marcher et du goût de vivre que nous mettons en évidence dans notre travail.

L'analyse de nos résultats montre aussi une amélioration simultanée de la douleur des patientes et de leur qualité de vie sexuelle après les séances avec un score obtenu au FPFQ diminué en moyenne de 2,4 points. L'étude de Pluchino *et al.* retrouve elle aussi l'impact négatif des DPC sur la qualité de vie sexuelle de patientes souffrant d'endométriose (6). Nous n'avons toutefois pas mis en évidence de différence de fréquence des rapports sexuels et de la libido des femmes avant et après les séances, ni de diminution de la prise de traitements antalgiques. Cependant, il semblerait que ceux-ci soient le plus souvent inefficaces contre les DPC (7), c'est pourquoi nous ne pensons pas que la prise d'antalgiques ait pu influencer les résultats de notre étude. Dans notre étude, le pourcentage d'amélioration obtenu avec ces prises médicamenteuses était en moyenne de 27,7 % avant, et de 55,4 % après. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les antalgiques sont plus efficaces sur les DPC les moins fortes. Cette différence était non significative, mais analysée sur un très faible échantillon (n = 11).

L'étude de Fritel a montré que les modalités d'accouchement par voie basse pouvaient influencer le maintien d'une douleur pelvienne même plusieurs années après l'accouchement (9). Il met notamment en évidence l'association qui existe entre dyspareunie et périnée complet. Dans notre étude, parmi les 32 patientes souffraient d'une dyspareunie avant les séances, seules 2 avaient eu un périnée complet au décours d'un accouchement. Concernant le lien entre accouchement par césarienne et installation d'une DPC, les données de la littérature divergent (10, 11, 12, 13). Dans notre étude, 20,6 % des femmes ayant déjà

accouché avaient eu une césarienne. Ce chiffre semble être en faveur d'une absence d'association entre césarienne et DPC puisque selon l'enquête nationale périnatale de 2016 la césarienne concerne 20,2 % des naissances. Cependant, dans notre travail, le taux de césarienne a été calculé sur l'ensemble des femmes ayant déjà accouché et non sur le nombre total d'accouchements qu'elles pouvaient représenter. En effet, plusieurs femmes ayant accouché plusieurs fois n'ont pas différencié les modalités de leurs différents accouchements. Concernant le lien entre DPC et poids de naissance, nous n'avons pas retrouvé l'association décrite par Blomquist et al. (10). En effet selon eux, l'accouchement d'un bébé de plus de 4 kg est associé avec une dyspareunie 6 à 11 ans après l'accouchement. Dans notre étude, 9 patientes avaient une DPC évoluant depuis plus de 6 ans, mais aucune d'entre elles n'avait eu un bébé de plus de 4 kg. Par ailleurs, une seule de nos patientes avait accouché d'un bébé de poids supérieur à 4 kg alors qu'elles étaient 37 à souffrir de dyspareunie avant les séances.

Nous nous sommes également heurtés à des incohérences dans les réponses à la question interrogeant les antécédents de violences puisque certaines femmes ont déclaré que leur douleur avait débuté à la suite d'un rapport sexuel violent ou forcé sans pour autant déclarer qu'elles avaient été victimes de violences sexuelles. Nous n'avons donc pas pu tirer de conclusion des résultats à cette question ni les comparer aux résultats d'Harlow *et al.* selon lesquels on recense 4 fois plus d'antécédents d'abus sexuels chez les femmes ayant une vulvodynie (14) ni à ceux de Dellenbach *et al.* qui soulignent l'importance des abus sexuels dans le déterminisme de la DPC (2). Une définition précise des violences sexuelles aurait peut-être pu permettre d'obtenir des réponses cohérentes et exhaustives à cette question-là.

5. CONCLUSION :

Les séances de réharmonisation périnéale diminuent de manière significative le niveau de douleur des patientes souffrant de douleurs pelvi-périnéales chroniques (DPC) et ont ainsi un impact positif sur leur qualité de vie, à la fois quotidienne et sexuelle.

Elles peuvent donc faire partie des alternatives thérapeutiques qui leur sont proposées, et l'intérêt d'étoffer l'offre de soins en ce domaine est majeur, notamment pour les sages-femmes qui ont une place privilégiée dans le suivi des femmes.

Il reste toutefois à évaluer plus largement les résultats obtenus sur le long terme, comme le soulignent 5 de nos patientes. À ce jour, une seule étude a publié des résultats à long terme, et ce pour 6 patientes.

Mieux catégoriser les douleurs des femmes et mieux préciser leur histoire personnelle et obstétricale pourrait permettre de cibler correctement celles pour lesquelles ces séances auraient le plus d'intérêt. Il aurait notamment été particulièrement intéressant d'évaluer l'impact de ces séances spécifiquement sur les coccygodynies, qui peuvent survenir aussi bien après une chute qu'un accouchement et dont le traitement est souvent difficile (20).

Parmi les praticiennes proposant de la réharmonisation périnéale, certaines reçoivent également des patientes pour des motifs très divers, notamment les incontinences urinaires. L'intérêt de cette technique pour d'autres motifs de consultation que les DPC reste encore à évaluer.

6. BIBLIOGRAPHIE :

1. Sibert L, Rigaud J, Delavierre D, Labat J-J. Épidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog En Urol*. nov 2010;20(12):872-85.
2. Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. [Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mars 2001;29(3):234-43.
3. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. mars 1996;87(3):321-7.
4. Lavand'homme P. Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia. *Int J Obstet Anesth*. janv 2010;19(1):1-2.
5. Duenas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res*. juin 2016;Volume 9:457-67.
6. Pluchino N, Wenger J-M, Petignat P, Tal R, Bolmont M, Taylor HS, et al. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Hum Reprod Update*. nov 2016;22(6):762-74.
7. Moyal-Barracco M, Labat J-J. Vulvodynies et douleur pelvipérinéales chroniques. *Prog En Urol*. nov 2010;20(12):1019-26.
8. Grimaldi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2008;37(5):449-56.
9. Fritel X. Périnée et grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mai 2010;38(5):332-46.
10. Blomquist JL, McDermott K, Handa VL. Pelvic pain and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2014;210(5):423.e1-423.e6.
11. Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmäki E, Korttila KT. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int J Obstet Anesth*. janv 2010;19(1):4-9.
12. Almeida ECS, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. nov 2002;79(2):101-4.
13. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and Persistence of Health Problems After Childbirth: Associations with Parity and Method of Birth. *Birth*. juin 2002;29(2):83-94.
14. Harlow BL. Adult-Onset Vulvodynia in Relation to Childhood Violence Victimization. *Am J Epidemiol*. 1 mai 2005;161(9):871-80.

15. Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Ann Agric Environ Med.* 2 juin 2016;23(2):223-6.
16. Romito S, Bottanelli M, Pellegrini M, Vicentini S, Rizzuto N, Bertolasi L. Botulinum toxin for the treatment of genital pain syndromes. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;58(3):164-7.
17. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat J-J. Évaluation des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog En Urol.* nov 2010;20(12):865-71.
18. Deparis J, Bonniaud V, Desseauve D, Guilhot J, Masanovic M, de Tayrac R, et al. Cultural adaptation of the female pelvic floor questionnaire (FPFQ) into French: Female Pelvic Floor Questionnaire French Validation. *Neurourol Urodyn.* nov 2015;n/a-n/a.
19. Fliesser M, De Witt Huberts J, Wippert P-M. The choice that matters: the relative influence of socioeconomic status indicators on chronic back pain- a longitudinal study. *BMC Health Serv Res.* 2 déc 2017;17(1):800.
20. Dampc B, Słowiński K. Coccygodynia - pathogenesis, diagnostics and therapy. Review of the writing. *Pol Przegl Chir.* 31 août 2017;89(4):33-40.

7. ANNEXES :**Annexe 1 :**

Questionnaire - Réharmonisation périnéale
À remplir avant la première séance

Renseignements généraux :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quelle profession exercez-vous ?
- 3) Quel est votre niveau d'études ?
- Collège CAP-BEP Baccalauréat Enseignement supérieur
- 4) Quelle est votre situation familiale ?
- Célibataire En couple Pacsée Mariée
- Veuve Divorcée Autre :
- 5) Combien avez-vous d'enfants ?
- 6) Qui vous a proposé cette prise en charge ?
- Médecin Sage-femme Ostéopathe Autre :
- 7) Avant de suivre ces séances, avez-vous suivi une rééducation périnéale ?
- Oui Non
- 7.1 Si oui, à quel moment et pour quelle raison ?
-
-
- 7.2 Si oui, quelle méthode a été utilisée ?
- Manuelle Sonde électrique Les deux
- 7.3 Connaissez-vous votre testing (sur 5) avant et après ces séances ?
- Avant : Après :
- 8) Avez-vous subi des examens, des interventions chirurgicales en lien avec la raison de votre venue ?
- Oui, des examens Oui, une intervention chirurgicale Non

Histoire personnelle et de la douleur :

- 1) Depuis quand votre douleur évolue-t-elle ?

2) Selon vous, qu'est-ce qui a pu déclencher cette douleur ?

.....
.....
.....

3) Pour chacun de vos accouchements, pouvez-vous décrire son déroulement ?
Pour le déroulement de votre premier accouchement, mettez un « 1 » dans les cases correspondantes, pour le deuxième un « 2 » etc...

3.1 Il remonte à :

- moins d'un an 1 à 5 ans 6 à 10 ans plus de 10 ans

3.2 Vous avez accouché par :

- Voie basse Forceps / Ventouse Césarienne

3.3 Vous avez eu :

- Aucune déchirure Une déchirure Une épisiotomie Une déchirure complète

3.4 Avez-vous eu d'autres complications :

- Non Saignements Le placenta n'est pas sorti tout seul Péridurale inefficace
- Maux de tête après la péridurale Infection Autres :
.....
.....

3.5 Combien pesai(en)t votre(vos) bébé(s) ?

.....

3.6 Avez-vous autre chose à préciser ?

.....
.....

4) Avez-vous déjà :

- Fait une fausse couche Pratiqué une interruption volontaire de grossesse Eu une grossesse extra-utérine Pratiqué une interruption médicale de grossesse
- Perdu un bébé avant la naissance Subi des violences physiques Subi des violences sexuelles Subi des violences psychologiques
- Aucune de ces propositions

5) Pensez-vous que cela est lié à votre douleur :

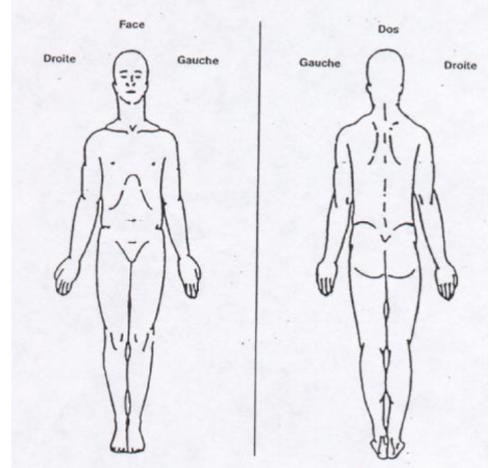
.....

.....

.....

Douleur et qualité de vie :

1) Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



2) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

3) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

4) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

5) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

6) Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

.....

7) La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune amélioration

Amélioration complète

8) Cochez la case qui correspond au chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné :

- votre activité générale :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre capacité à marcher :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre relation avec les autres :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre sommeil :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre goût de vivre :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

Qualité de vie sexuelle :

1) Quel a été le niveau de votre envie sexuelle (libido) au cours du dernier mois ?

- absente basse moyenne haute

2) Avez-vous des rapports sexuels ?

- non parfois (1 fois par semaine ou moins) souvent (plus d'une fois par semaine) tous les jours ou presque

3) Si non, pour quelle raison ? (si vous répondez pas de partenaire, pas d'envie, ou partenaire non disponible vous n'avez pas à répondre aux questions suivantes) :

- pas de partenaire pas d'envie partenaire non disponible douleur ou sécheresse vaginale
 gêne liée à une incontinence ou à un prolapsus autre raison

4) Parvenez-vous à l'orgasme (plaisir sexuel) ?

- rarement quelques fois généralement toujours

5) Vous parvenez à l'orgasme avec :

- je n'atteins pas l'orgasme la stimulation du clitoris la pénétration vaginale
 les deux autre

6) Lors de la pénétration, la sensation vaginale est :

- absente minime agréable très agréable

7) La lubrification vaginale est-elle suffisante lors des rapports ?

- oui non

8) Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?

- non parfois souvent toujours

9) La douleur est située :

- pas de douleur à l'entrée du vagin au fond du vagin aux deux endroits

10) Un rapport sexuel est-il agréable pour vous ?

- pas du tout parfois souvent toujours

Merci de votre participation.

Annexe 2 :

Questionnaire - Réharmonisation périnéale
À remplir après la dernière séance :

Généralités :

1) Ces séances vous ont-elles permis de constater une amélioration de votre situation ?

Oui Non

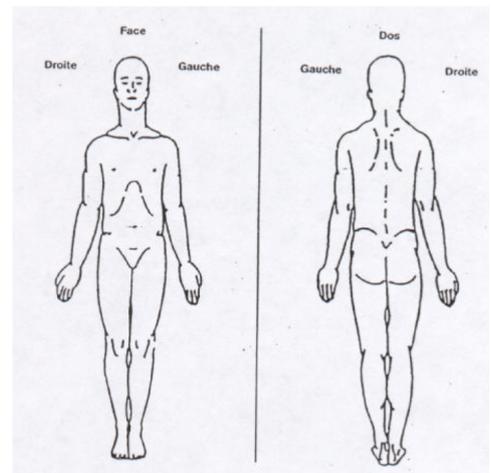
1.1 Si oui, combien de séances ont été nécessaires pour obtenir cette amélioration ?

2) Que reste-t-il à améliorer selon vous ?

.....

Douleur et qualité de vie :

1) Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



2) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

3) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

4) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

5) SVP, cochez la case correspondant au chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur la plus horrible
que vous puissiez imaginer

6) Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

.....

7) La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune amélioration

Amélioration complète

8) Cochez la case qui correspond au chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné :

- votre activité générale :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre capacité à marcher :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre relation avec les autres :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre sommeil :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

- votre goût de vivre :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ne gêne pas

Gêne complètement

Qualité de vie sexuelle :

1) Quel a été le niveau de votre envie sexuelle (libido) au cours du dernier mois ?

- absente basse moyenne haute

2) Avez-vous des rapports sexuels ?

- non parfois (1 fois par semaine ou moins) souvent (plus d'une fois par semaine) tous les jours ou presque

3) Si non, pour quelle raison ? (si vous répondez pas de partenaire, pas d'envie, ou partenaire non disponible vous n'avez pas à répondre aux questions suivantes) :

- pas de partenaire pas d'envie partenaire non disponible douleur ou sécheresse vaginale
 gêne liée à une incontinence ou à un prolapsus autre raison

4) Parvenez-vous à l'orgasme (plaisir sexuel) ?

- rarement quelques fois généralement toujours

5) Vous parvenez à l'orgasme avec :

- je n'atteins pas l'orgasme la stimulation du clitoris la pénétration vaginale
 les deux autre

6) Lors de la pénétration, la sensation vaginale est :

- absente minime agréable très agréable

7) La lubrification vaginale est-elle suffisante lors des rapports ?

- oui non

8) Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?

- non parfois souvent toujours

9) La douleur est située :

- pas de douleur à l'entrée du vagin au fond du vagin aux deux endroits

10) Un rapport sexuel est-il agréable pour vous ?

- pas du tout parfois souvent toujours

Merci de votre participation.

Annexe 3 :

Madame, bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme au CHU de Poitiers, je réalise une enquête dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Celle-ci vise à évaluer l'impact des séances de réharmonisation périnéale sur votre douleur et votre qualité de vie sexuelle.

Si vous acceptez d'y participer, il vous faudra répondre à deux questionnaires, l'un à remplir avant la première séance, l'autre après la dernière. Certaines réponses sont à apporter sous forme de cases à cocher, d'autres sont à rédiger.

Sachez que toutes les informations récoltées dans ces questionnaires resteront anonymes. Vous pourrez les remettre au professionnel qui réalise la séance via l'enveloppe jointe afin que vos réponses restent confidentielles. La numérotation des questionnaires vise à associer les paires avant-après mais ne permettra en aucun cas de vous identifier.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, néanmoins tout questionnaire rendu complété sera considéré comme un accord de votre part.

Je vous remercie par avance pour votre aide et pour le temps consacré à les remplir.

Mélissa Mainguy.

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

Introduction – Les douleurs pelvi-périnéales chroniques représentent une problématique complexe face à laquelle de plus en plus de professionnels de santé proposent à leurs patientes des séances de réharmonisation périnéale. Cette étude s’est intéressée à l’impact de ces séances sur le niveau de douleur des patientes, sur leur qualité de vie quotidienne et sexuelle ainsi qu’aux évènements de vie pouvant être liés à cette douleur.

Matériel et méthodes – Des questionnaires anonymes ont été distribués à des patientes avant et après les séances. 45 paires de questionnaires ont pu être analysées. Le niveau de douleur et son impact sur la qualité de vie quotidienne ont été évalués avec le Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD), tandis que la qualité de vie sexuelle a été évaluée grâce au Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ).

Résultats – Cette étude a montré une diminution du niveau de douleur des femmes ($p < 0,05$), et une amélioration de leur qualité de vie quotidienne et sexuelle ($p < 0,05$). Les femmes étaient 28,9 % à déclarer que leur douleur avait été déclenchée par un accouchement.

Conclusion – Ces résultats très encourageants corroborent ceux retrouvés dans la seule étude disponible à ce jour sur ce sujet, et demandent à être validés à distance des séances. L’intérêt de ces techniques pour d’autres motifs de consultation pourraient également être exploré.

Mots-clés – Médecine manuelle – Périnée – Douleurs pelvi-périnéales chroniques – Dyspareunie – Qualité de vie

SUMMARY AND KEY-WORDS

Introduction – Chronic pelvic pain are a complex issue for which more and more health professionals offer pelvis alignment therapy sessions to relieve this pain. This study mainly focused on how those therapy sessions impacted the patients’ degree of pain, their daily and sexual life but as well on their main life events that could be linked to this pain.

Material and methods – Anonymous surveys were handed to patients before and after the sessions. 45 pairs of surveys could be analyzed. Pain level and quality of life were assessed with the Concise Pain Questionnaire (QCD), while the quality of sexual life was assessed using the Female Pelvic Floor Questionnaire (FPFQ).

Results – This study showed a diminution of the pain scale ($p < 0,05$) and an improvement in the patients’ quality of daily and sexual life ($p < 0,05$). Women were 28,9 % to report that their pain was triggered by childbirth.

Conclusion – These results are very encouraging and support those from the only study available on this subject to this day. They also need to be confirmed further from the sessions. The benefits of these techniques could also be explored for other reasons of consultations.

Key words – Manual medicine – Pelvic floor – Chronic pelvic pain – Dyspareunia – Quality of life.