



Filière Kinésithérapie - Physiothérapie



Cirris

Centre interdisciplinaire
de recherche en réadaptation
et intégration sociale

Mémoire d'initiation à la démarche scientifique

Filière Kinésithérapie – Physiothérapie

Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Hôpital Nord Franche-Comté

Enquête binationale France-Québec sur le parcours de soins des femmes en lien avec la rééducation périméale en post-partum

Réalisé par : Mme BROCARD CHARLINE

Sous la direction de : Dr KUBICKI ALEXANDRE et Pr PERREAULT
KADIJA

Année Universitaire 2019 – 2020

Il y a dans les douleurs et dans les soins que l'enfant coûte à sa mère, quelque chose qui donne à celle-ci un juste sentiment de son mérite. (Alletz, 1826)

GLOSSAIRE

Abréviations

5P	Méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale
Ant.	Antérieur(e)
BFB	Biofeedback
BPS	Bio-Psycho-Social(e)
Cégeps	Collèges d'Enseignement Général et Professionnel
CSP	Catégorie Socio Professionnelle
DPC	Développement Professionnel Continu
ESF	Electrostimulation Fonctionnelle
GHA	Gymnastique Hypopressive Abdominale
MK	Masseur-Kinésithérapeute
NSP	Ne sait/savait pas
PP	Post-Partum
RP	Rééducation Périnéale
SF	Sage-femme
UE	Unité d'Enseignement

Sigles

ACSF/	Association Canadienne des Sages-Femmes
CAM	<i>Canadian Association of Midwives</i>
AEPC	Agrément de l'Enseignement de la Physiothérapie au Canada
APOR	Approche Posturo Respiratoire
ARREP	Association Réseau Rééducation En Pelvi-périnéologie
ARS/	Agence Régionale de la Santé (France)
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire

CIUSSS	Centre Intégré Universitaire de Santé et des Services Sociaux de la Capitale Nationale
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CMP	Connaissance et Maitrise du Périnée
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOSF	Conseil National de l'Ordre de Sages-Femmes
CNOMK	Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
COREQ	<i>Consolidated criteria for Reporting Qualitative research</i>
DE	Diplôme d'Etat
DEC	Diplôme d'Etudes Collégiales
EBM	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EBP	<i>Evidence-Based Practice</i>
ECTS	<i>European Credits Transfert System</i>
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GMF	Groupe de Médecine de Famille
HAS	Haute Autorité de Santé
IFMS	Institut de Formation aux Métiers de la Santé
MESRI	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (France)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPPQ	Ordre Professionnel de Physiothérapie du Québec
OSFQ	Ordre des Sages-Femmes du Québec
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SIREPP	Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie
SIFUDPP	Société Interdisciplinaire Francophone d'Uro-Dynamique et de Pelvi-Périnéologie
SIPPE	Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TRP	Thérapeute en Réadaptation Physique

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à tou.te.s les participant.e.s qui ont nourri ce projet en répondant au questionnaire ou aux entretiens.

Merci également aux professionnel.le.s de santé ayant contribué à la diffusion du questionnaire et à ceux m'ayant permis de recruter les participant.e.s acceptant de témoigner lors des entretiens.

Merci à Maëva Gillet-Bossu pour son aide dans la réalisation des entretiens français.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes directeurs de mémoire :

- Alexandre Kubicki de m'avoir soutenu dans les démarches nécessaires à la construction de ce projet, ainsi que pour les conseils avisés et la bienveillance dont j'ai pu bénéficier au cours de ce travail, à l'instar de ces 4 années de formation.
- Kadija Perreault pour l'accueil chaleureux et la sollicitude qui m'ont été accordés lors de mon séjour à Québec ainsi que pour son expertise et sa disponibilité tout au long du déroulement de ce projet.

Merci aux relecteurs de ce mémoire et à Eva et Thibault ayant notamment contribué à l'amélioration de celui-ci.

Merci à Stéphanie pour ces 3 mois de partage.

Merci à Mathieu de m'avoir permis de prendre de la hauteur et sortir de ma zone de confort.

Merci à Clémence, voisine, collègue, puis amie, de m'avoir accompagnée pendant ces 4 années.

Merci à ma maman de m'avoir transmis ses valeurs humaines et sociales et d'avoir été le pilier nécessaire à la réussite de mon parcours.

Merci à toute ma famille de m'avoir soutenue tout au long de mes études.

CHARTE DE NON PLAGIAT

L'honnêteté et la sincérité sont des valeurs essentielles à l'Institut de Formation des Métiers de Santé du Nord Franche-Comté nous rechercherons donc, dans les documents produits, le plagiat car il est contraire à l'éthique soignante et il sera possible de sanctions. Pour tout travail personnel, individuel ou collectif, pour lequel les étudiants sont autorisés à utiliser des documents, ils devront très précisément signaler leurs sources, à la fois dans le corps de texte et la bibliographie.

Article 1 : Définition du plagiat

Le plagiat est l'action de prendre « dans un ouvrage qu'on ne cite pas, des pensées, des expressions remarquables, ou même des morceaux entiers. » Dictionnaire LITTRE « Il s'agit de toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits d'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi ». Article 335-3 du Code de la propriété intellectuelle.

Article 2 : Les sanctions encourues en cas de plagiat

En France, le Code de la propriété intellectuelle protège les œuvres de l'esprit. En cas de faute avérée, le plagitaire peut être condamné à de lourdes amendes pour « atteinte aux droits patrimoniaux» et/ou «atteinte au droit moral» (cf. partie réglementaire, livre III, titre III : procédures et sanctions) Le règlement intérieur de l'Institut de Formation des Métiers de Santé du Nord Franche-Comté stipule que « conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite. Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales. » (cf. titre 1er, chapitre 1er : dispositions générales)

Engagement de l'étudiant :

En signant son engagement en fin de document, l'étudiant(e) déclare être pleinement conscient (e) que le plagiat d'un document ou d'une partie d'un document publié sur toute forme de support, y compris informatique, constitue une violation des droits d'auteurs ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage, pour tous les travaux demandés pendant ma formation, à présenter un document original, que je n'ai pas recopié et dont je n'ai pas utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans avoir mentionné leur origine et sans avoir signalé entre guillemets les citations intégrales. Conformément au règlement en vigueur dans l'Institut de Formation des Métiers de Santé du Nord Franche-Comté, le non-respect de ces dispositions me rend possible de sanctions

Je soussigné(e) ... BROCARD, Charlène..... certifie avoir pris connaissance de la charte Non plagiat et m'engage à respecter en tout point leur teneur.

A. Champagnole.....
Le 13/04/2020.....
Signature de l'étudiant.e



SOMMAIRE

TABLE DES FIGURES.....

TABLE DES TABLEAUX

I. INTRODUCTION.....	1
I.1 INTRODUCTION PERSONNELLE	1
I.2 INTRODUCTION THEORIQUE.....	3
I.2.1 DE LA GROSSESSE	3
I.2.2 ... A LA REEDUCATION PERINEALE	5
I.2.3 COMMENT S'ORGANISENT LES SOINS ?	8
I.3 PROBLEMATIQUE	14
II. METHODE.....	15
II.1 DUREE ET TYPE D'ETUDE	15
II.2 POPULATION A L'ETUDE.....	15
II.3 DEROULEMENT DE L'ETUDE	16
II.3.1 QUESTIONNAIRE.....	16
II.3.2 ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	17
II.4 MATERIEL NECESSAIRE	19
II.4.1 QUESTIONNAIRE (FRANCE).....	19
II.4.2 ENTRETIENS	19
II.5 ANALYSES ET STATISTIQUES	20
III. RESULTATS.....	22
III.1 ANALYSE DU QUESTIONNAIRE	22
III.1.1 PARTICIPANTES AYANT COMPLETE LE QUESTIONNAIRE.....	22
III.1.2 REPONSES AUX OBJECTIFS 1 ET 2.....	25
III.1.3 STATISTIQUES.....	29

III.2 ANALYSE DES ENTRETIENS (FRANCE)	30
III.2.1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTES.....	30
III.2.2 ANALYSE QUALITATIVE : UTILISATION DES SERVICES DE RP PAR LES FRANCAISES EN POST-PARTUM	32
III.3 ANALYSE DES ENTRETIENS (QUEBEC)	38
III.3.1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS	38
III.3.2 ANALYSE QUALITATIVE : ACCES AUX SERVICES DE RP EN POST- PARTUM AU QUEBEC	39
IV. DISCUSSION	47
IV.1 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE ET ANALYSE DES RESULTATS	47
IV.1.1 CHOIX ET ATTENTES DES FEMMES	47
IV.1.2 UTILISATION DES SERVICES EN FRANCE ET AU QUEBEC	49
IV.2 LIMITES	50
IV.3 IMPLICATIONS CLINIQUES, PERSPECTIVES ET OUVERTURES	53
IV.4 CONCLUSION	54
V. REFERENCES.....	
VI. TABLE DES ANNEXES	
Résumé.....	
Abstract	

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Les différentes composantes de l'EBP	1
Figure 2 - Le "Montreal Model" : le modèle patient partenaire et ses prédecesseurs	2
Figure 3 - Périnée de la femme en position gynécologique.....	4
Figure 4 - Les déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991)	12
Figure 5 - Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé.....	20
Figure 6 - Réalisation de la RP.....	25
Figure 7 - Professionnel consulté	25
Figure 8 - Nombre de séances réalisées	25
Figure 9 - Raison de la non-réalisation de la RP	26

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1- Exemples d'interventions en RP	7
Tableau 2 - Critères d'inclusion et de non inclusion des participants.....	15
Tableau 3 - Caractéristiques des participantes	22
Tableau 4 - Maternité des participantes	23
Tableau 5 - Caractéristiques en lien avec la prescription.....	24
Tableau 6 - Raisons du choix du professionnel en fonction du professionnel consulté ...	27
Tableau 7 - Les attentes des femmes en post-partum	28
Tableau 8 - Influence de l'âge dans la réalisation de la RP	29
Tableau 9 - Réalisation de la RP en fonction de la région	29
Tableau 10 - Description des participantes aux entretiens français.....	31
Tableau 11 - Présentation du thème 1 (entretiens France).....	32
Tableau 12 - Présentation du thème 2 (entretiens France).....	34
Tableau 13 - Présentation du thème 3 (entretiens France).....	36
Tableau 14 - Description des participants aux entretiens québécois.....	38
Tableau 15 - Présentation du thème 1 (entretiens Québec).....	39
Tableau 16 - Présentation du thème 2 (entretiens Québec).....	41
Tableau 17 - Présentation du thème 3 (entretiens Québec).....	44

I. INTRODUCTION

I.1 INTRODUCTION PERSONNELLE

Lors de mon stage de découverte de 3^e en cabinet libéral, j'ai pu prendre conscience de l'existence de la rééducation périnéale (RP) par les kinésithérapeutes. Une fois entrée dans la filière de formation, j'ai été initiée à cette pratique dès mon premier stage. J'ai ensuite pu axer un stage dans ce champ clinique, ce qui m'a permis de découvrir plus amplement cette rééducation en France. En parallèle, la naissance de mon neveu m'a donné envie d'investiguer cette pratique, que peu de kinésithérapeutes intègrent à leur exercice.

Dans un contexte où la rééducation s'oriente vers une prise en charge bio-psychosociale (BPS), il m'apparaît nécessaire de prendre en compte la vision des femmes en post-partum. L'aspect holistique de la prise en charge m'importe beaucoup. Pouvoir considérer les facteurs psychologiques et sociaux, et non pas seulement l'aspect biomécanique chez nos patients est une des motivations m'ayant encouragée à débuter mes études en kinésithérapie. J'estime que si les choix et les attentes d'un patient ne sont pas questionnés, cela est un frein au bon déroulement de la rééducation.

La formation que j'ai reçue lors de ces quatre dernières années m'a confortée dans ce sens. En effet, l'*Evidence-Based Medicine* (EBM), que David Sackett décrit en 1996 comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves dans la prise de décision concernant les soins à donner aux patients (traduction libre, page 1) » est un modèle sur lequel s'appuie mon enseignement reçu en masso-kinésithérapie (1). Pour la pratique clinique, mes collègues et moi nous basons sur l'*Evidence-Based Practice* (EBP), décrite par Jean-Philippe Regnaux « comme la démarche qui utilise les meilleures données actuelles de la recherche clinique, l'expertise du

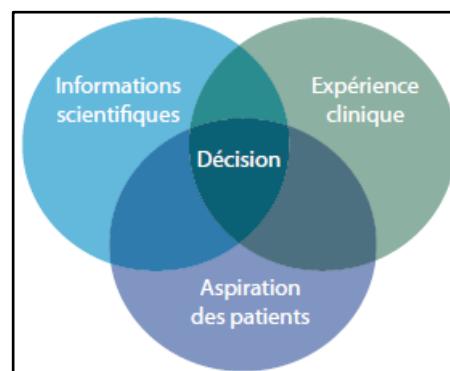


Figure 1 - Les différentes composantes de l'EBP

(Regnaux J-P, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. Kinésithérapie, la Revue. oct 2009;9(94):55-61; page 1)

clinicien et les choix individuels des patients afin d'améliorer leur qualité et quantité de vie » (figure 1) (2). Ces trois piliers interviennent donc à parts égales dans la rééducation.

Lors de ma formation, j'ai également pu découvrir l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) qui permet de considérer les choix des patients, et de passer d'une relation thérapeutique paternaliste à un partenariat de soins créé avec les patients. Ceux-ci deviennent alors acteurs de leur prise en charge (figure 2) (3). Ce modèle rejoint mon envie d'inclure le patient au centre de sa

rééducation et j'ai à cœur de pouvoir intégrer cet outil à ma future pratique clinique.

Si l'inclusion des choix des patients est recommandée pour une rééducation « classique », elle est à mon sens encore plus importante pour une RP, touchant à la sphère intime des patientes. En effet, la RP touche un sujet encore tabou pour de nombreuses femmes, qui auront donc plus de difficultés à exprimer leurs attentes (4,5).

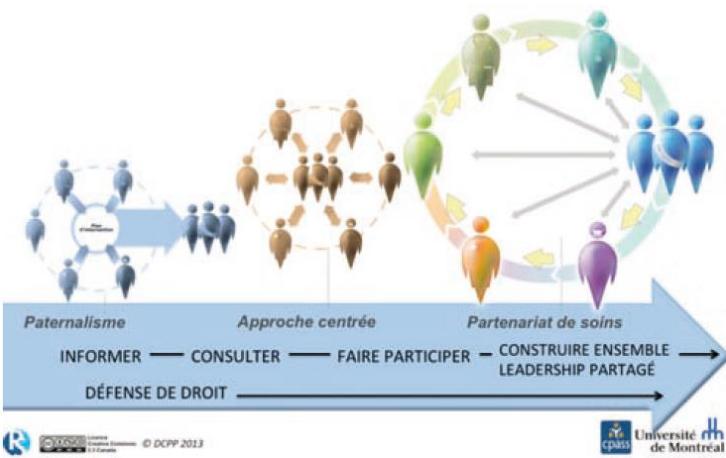


Figure 2 - Le "Montreal Model" : le modèle patient partenaire et ses prédecesseurs
Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Sante Publique. 26 mars 2015;S1(HS):41-50 ; page 43.

Réalisant mon stage de fin d'études dans un centre de recherche québécois, j'ai choisi de profiter de cette opportunité pour explorer le parcours de soins en post-partum outre-Atlantique. Le système de soins québécois m'apparaît intéressant à investiguer pour son caractère innovant en physiothérapie et pour son *leadership* international dans les domaines pédagogiques en santé. Depuis 1990, par exemple, les physiothérapeutes peuvent être consultés sans avis médical (6). L'accès direct en France est un débat actuel qui prend souvent en exemple le système de nos confrères Canadiens dans les différents champs de pratique en physiothérapie. Je m'interroge donc notamment sur l'influence que peut avoir l'organisation des services sur les choix des femmes en post-partum dans le champ de la RP.

I.2 INTRODUCTION THEORIQUE

I.2.1 DE LA GROSSESSE ...

D'après l’Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 753 000 bébés sont nés en France en 2019 (7). Au Québec, 83 800 femmes ont donné naissance en 2018 d’après l’Institut de la Statistique du Québec (8). C’est donc autant de femmes pouvant nécessiter une RP en prévention et en cas de troubles post-accouchements chaque année. En effet, d’après l’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES), en 2002, 42% des femmes souffrent de douleurs périnéales en post-partum immédiat et 10% un an après leur accouchement. La prévalence des troubles de la continence urinaire chez les femmes après la grossesse est de 14,6%, dont 14% restent incontinentes 10 mois après leur accouchement. Aussi, 10 à 20% des femmes présentent des prolapsus en post-partum. Enfin, la prévalence de l’incontinence anale se situe entre 4 et 5% après un accouchement (9). Pour comprendre comment ces troubles apparaissent, intéressons-nous au déroulement de la grossesse et aux changements induits par la grossesse et l’accouchement.

La grossesse se définit comme « L’ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l’accouchement, durant lesquels l’embryon, puis le fœtus, se développe dans l’utérus maternel » (10). Des modifications physiologiques cardio-vasculaires, urinaires, dermatologiques, hématologiques, respiratoires, gastro-intestinales ou encore endocrinien-nes caractérisent ce phénomène. Ces modifications sont amplifiées en cas de grossesse gémellaire (11). L’appareil locomoteur va également subir des modifications, notamment liées à la production hormonale. Cela va induire un relâchement ligamentaire pouvant par exemple induire des sciatalgies, des douleurs à la symphyse pubienne ou des douleurs lombo-sacrées. Pour permettre le développement du fœtus, on observera également une hypotonie des abdominaux, liée à leur distension (12).

Après 9 mois de grossesse (266 jours après conception ou 280 jours après les dernières menstruations), la femme va « mettre son enfant au monde » (11,13). L’accouchement suit 3 grandes étapes : l’effacement et la dilatation du col, puis l’expulsion du fœtus et enfin la délivrance (14). L’accouchement peut se dérouler naturellement par voies basses ou une césarienne peut être nécessaire si des complications se présentent (15).

La femme rentre ensuite dans la période du post-partum qui vient du latin *post* (après) et *partus* (mise bas) (16). On distingue le post-partum du post-partum immédiat qui est « la période entre l'accouchement et le retour de couches (réapparition des nouvelles règles) » (17). Cette période implique de nombreuses adaptations pour la mère, pouvant entraîner des bouleversements psychologiques. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) estime que 50 à 80% des femmes traversent un blues post-partum dans les jours suivants la naissance. Une dépression post-natale, plus sévère, survient pour 13% des femmes (18).

Toutes ces étapes (grossesse, accouchement, post-partum) constituent la période périnatale ou « périnatalité », que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme « la période située entre la 28^{ème} semaine de grossesse et le septième jour de vie après la naissance » (19). Dans le langage courant, ce terme est utilisé plus largement pour se référer à l'ensemble des soins liés à la grossesse, l'accouchement, la naissance et le suivi du nouveau-né en post-partum (20). C'est tout au long de cette période périnatale, que le périnée, également appelé « plancher pelvien », va subir des modifications hormonales, le rendant plus faible et pouvant entraîner des troubles de la continence, de la statique pelvienne ou des douleurs (9,21).

L'Association Réseau Rééducation En Pelvi-périnéologie (ARREP) définit le périnée comme « un ensemble mobile de muscles, de ligaments et de membranes très solides, tendus à la mode d'un hamac enserrant l'urètre, l'anus et le vagin, qui maintiennent les organes pelviens, ainsi que des organes génitaux externes chez la femme » (21). D'un point de vue anatomique, le périnée se limite en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes et en arrière par le coccyx et les ligaments sacro-tubéreux, formant ainsi un losange. Celui-ci est séparé en un périnée antérieur et un périnée postérieur, par la ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques (figure 3) (22).

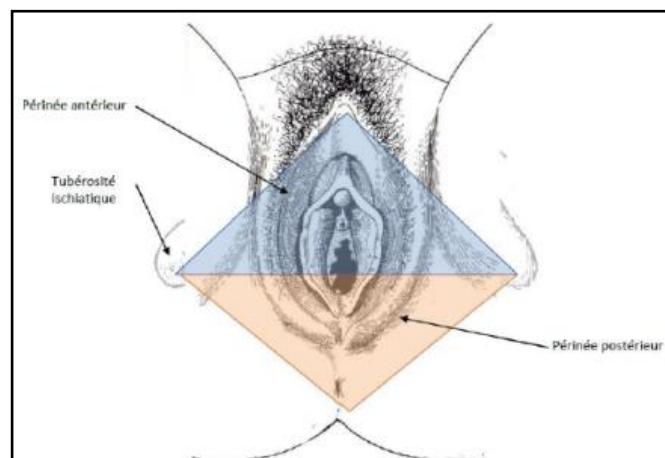


Figure 3 - Périnée de la femme en position gynécologique
Université Médicale Virtuelle Francophone. Anatomie du périnée féminin. 2011; page 5

Chez la femme, comme chez l'homme, le plancher pelvien a un rôle de soutien des organes, particulièrement lors des variations de pressions physiologiques (ex : toux, contraction, vidange des viscères). Etant également responsable de la continence, celui-ci peut donc être atteint en pré et post-partum et entraîner des incontinences urinaires ou fécales. Des prolapsus (ou descentes d'organes) peuvent aussi être une conséquence d'une atteinte du périnée (21). La RP pourra alors permettre de corriger ou limiter ces troubles (9,18).

I.2.2 ... A LA REEDUCATION PERINEALE

I.2.2.1 DEFINITION

C'est dans les années 1950 qu'Arnold Kegel, gynécologue américain, développe la RP avec des exercices de renforcement du périnée qui portent aujourd'hui son nom (23,24). En France, C'est Alain Bourcier qui a introduit la RP dans les années 1980 après un voyage de formation outre-Atlantique (25).

La rééducation du périnée permet la récupération du tonus des muscles périnéaux. Elle peut être effectuée auprès d'un public varié comme les enfants pour le traitement des énurésies, les hommes suite à une prostatectomie par exemple, ou encore les athlètes ayant des fuites urinaires à l'effort (26–28). En post-partum, une rééducation peut être nécessaire en traitement curatif, mais aussi en prévention pour éviter l'apparition de symptômes à plus ou moins longs termes. La prise de conscience de son corps et de son anatomie permet à la femme de mieux appréhender la rééducation périnéale (21,29,30). Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement durant la période du post-partum peuvent porter atteinte au périnée et à la continence, sur le rachis et la ceinture pelvienne, et sur la sangle abdominale (31). Il en résulte des problèmes d'incontinences ou de dyspareunies qui impactent la qualité de vie des femmes, tant d'un point de vue socio-professionnel que personnel (32). C'est pourquoi la rééducation doit s'inscrire dans une prise en charge globale (9).

L'efficacité de la RP a été démontrée notamment pour traiter l'incontinence urinaire, de même que pour la prévenir (33–35). Ses effets à long terme sont encore parfois discutés et nécessiteraient d'être davantage étudiés (36).

I.2.2.2 DEROULEMENT ET INTERVENTIONS EN RP

La première séance de RP est normalement utilisée pour réaliser un bilan initial. Le professionnel de santé impliqué évalue les déficits structurels, fonctionnels et situationnels de la femme, à travers l'interrogatoire et l'examen clinique notamment (37–39). Durant cette séance, la communication avec la patiente et les explications qui lui sont transmises sont très importantes pour favoriser une prise de décision partagée (38,39). Le guide pour la pratique des sages-femmes (SF) en RP s'inspire de la méthode BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour) décrite par l'OMS, soulignant l'importance de l'échange avec la patiente (38). A la fin de ce bilan, le professionnel formule des objectifs en lien avec les déficits structurels, fonctionnels et situationnels de la patiente. Il en découle ensuite le choix des interventions utilisées de manière adaptée aux besoins de la patiente (37–39). Différentes approches d'interventions peuvent être réalisées et couplées dans le cadre de la RP en post-partum. Elles permettent le retour d'une utilisation fonctionnelle du périnée et peuvent limiter les traitements médicamenteux et chirurgicaux (38,40). Le tableau 1 regroupe des exemples d'interventions employées en fonction des objectifs recherchés (38,39,41–43).

Objectifs	Exemples d'interventions	Types d'approches
Renforcer les muscles du plancher pelvien	Travail manuel Biofeedback (BFB) Electrostimulation Fonctionnelle (ESF) Gymnastique Abdominale Hypopressive (GAH) ABDO-PERINEO-MG ® ¹ Méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale (5P) Connaissance et Maitrise du Périnée (CMP)	Actif, Manuel, Invasif Actif, Instrumental, Invasif Passif, Instrumental, Invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif
Tonifier la sangle abdominale	GAH ABDO-PERINEO-MG ®	Actif, Non invasif Actif, Non invasif
Favoriser une prise de conscience périnéale (perception corporelle, schéma corporel)	Travail manuel BFB CMP Périnée et mouvement ® Eutonie	Actif, Manuel, Invasif Actif, Instrumental, Invasif Actif, +/- Invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif
Améliorer le tonus postural	Méthode de rééducation proprioceptive pelvi-périnéale (5P) Approche posturo respiratoire (APOR) Périnée et mouvement ® Eutonie	Actif, Non invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif
Améliorer la coordination des muscles respiratoires	ABDO-PERINEO-MG ® APOR Périnée et mouvement ®	Actif, Non invasif Actif, Non invasif Actif, Non invasif
Diminuer la douleur	Electrostimulation Fonctionnelle (ESF)	Passif, Instrumental, Invasif
Réduire le prolapsus	Utilisation de pessaires	Invasif

2

Tableau 1- Exemples d'interventions en RP

A ces techniques, peut s'ajouter une éducation comportementale comprenant des conseils d'hygiène de vie à adopter. D'autres outils pourront être utilisés comme la relaxation ou la thérapie manuelle pour agir sur les articulations et les tensions musculaires (39).

Il est à noter que le « stop-pipi » n'est pas cité dans le tableau 1. En effet, cet exercice, bien que populaire, n'est plus recommandé. Outre son inefficacité pour le renforcement

¹ Le symbole ® signifie que la technique utilisée a été déposée par son auteur

² Ce tableau présente une suggestion des différents types d'approche et ne s'appuie pas sur une classification validée.

musculaire du périnée, il peut engendrer des risques d'infections, de résidus post-mictionnels ou encore de dyssynergies vésico-sphinctériennes. A défaut d'être utilisé comme exercice de rééducation, il a pu être conseillé en tant que test pour permettre aux patientes d'observer un défaut de contraction du périnée (44). Il ne permet cependant pas de prendre tous les paramètres en compte et indique uniquement à la patiente qu'elle arrive à couper le jet urinaire. Il est préférable de réaliser un test urodynamique (45). Il convient donc, en évaluation comme en rééducation, de ne pas faire de « stop-pipi » (44).

La RP peut donc se faire via de multiples interventions en post-partum. Nous vous proposons maintenant de décrire l'organisation des soins permettant de répondre aux réglementations des deux pays.

I.2.3 COMMENT S'ORGANISENT LES SOINS ?

I.2.3.1 SUIVI DE GROSSESSE

Afin de pouvoir comprendre l'offre de service en post-partum, il convient d'abord de préciser l'organisation des soins en pré-partum.

En France comme au Québec, le suivi de grossesse peut se faire par un médecin généraliste, un gynécologue-obstétricien ou une SF (46–48). Ce suivi est respectivement remboursé par la Sécurité sociale et la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) (47,48). Au Québec, les femmes enceintes doivent également contacter le Centre Local de Services Communautaires (CLSC) qui en plus d'un suivi médical, leur fournira de nombreuses informations sur la grossesse et l'accouchement notamment lors des cours prénataux, destinés aux deux parents (47). Le CLSC diffuse d'ailleurs le guide d'information « Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans » à toutes les futures mamans (49). L'accouchement pourra se faire à l'hôpital, à domicile ou dans une maison de naissance au Québec (46). Celui-ci se déroule majoritairement à la maternité en France. Selon l'INSEE, seulement 1% des accouchements se sont déroulés hors maternité en 2016 (50).

I.2.3.2 LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA RP EN POST-PARTUM

I.2.3.2.1 EN FRANCE

Actuellement, en France, le Code de la Santé Publique autorise les SF et les masseurs-kinésithérapeutes (MK) à pratiquer la RP (51,52). Le MK en est autorisé à partir des 3 mois suivant l'accouchement et après la visite post-natale, alors que la SF peut pratiquer directement après l'accouchement (46).

La prescription de séances de rééducation découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés au cours de l'examen clinique post-natal, réalisé par le médecin ou la SF avant les 8 semaines post-accouchement (9,53).

Plus de 22 000 SF libérales sont répertoriées par le Conseil National de l'Ordre de Sages-Femmes (CNOSF) mais celles-ci n'exercent pas forcément la RP (54). D'autres SF travaillent en salariat à l'hôpital mais ces professionnelles ne pratiquent pas la RP.

Les SF doivent réaliser 4 années en institut de formation suite à une première année universitaire de sélection pour obtenir un diplôme de formation en sciences maïeutiques (55,56). Pour intervenir en post-natal, « l'étudiant doit apprendre à prévenir et corriger des troubles périnéo-sphinctériens » (56). La formation en rééducation périnéale ne correspond pas à une Unité d'Enseignement (UE) spécifique mais est répartie sur plusieurs UE, cliniques et théoriques (38,57). Comme toutes les autres SF, celles réalisant de la RP ont l'obligation de mettre à jour leur pratique via le Développement Professionnel Continu, une fois inscrites au tableau de l'ordre (38,57,58).

On répertorie seulement 541 MK membres de l'ARREP parmi les 85 000 MK répertoriés par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) en 2017, bien que tous les thérapeutes qui pratiquent de la RP ne soient pas nécessairement répertoriés dans l'annuaire de l'ARREP (59,60). Comme les étudiants en maïeutique, les étudiants souhaitant débuter des études de kinésithérapie, doivent réaliser la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) (61). Certaines universités autorisent également la sélection de quelques étudiants après une première année de licence dans les filières Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) et dans les domaines sciences,

technologie et santé (62). Une fois le concours passé, ils sont admissibles dans une des écoles partenaires de leur faculté³ (63–65).

La formation des MK est composée d'une année universitaire suivie de quatre années en institut de formation (66). A l'instar de la formation des SF, les étudiants MK suivent des UE théoriques et pratiques permettant la validation de 60 *European Credits Transfert System* (ECTS) par année et le développement de compétences. Au cours de sa formation, l'étudiant doit avoir parcouru les trois champs cliniques en stage : musculo-squelettique, neuro-musculaire et respiratoire, cardio-vasculaire interne et tégumentaire. La RP s'inscrit dans le dernier champ. D'un point de vue théorique elle est notamment explorée via les UE 4, 17 et 21 (62). Après l'obtention du Diplôme d'Etat (DE), les MK doivent s'inscrire au tableau de l'ordre (67). Le code de déontologie stipule que les MK sont également astreints à la formation continue afin de développer leurs compétences (68). Bien que le DE autorise la réalisation de la RP sans formation supplémentaire, de nombreuses sociétés de formation proposent des formations de RP permettant aux thérapeutes intéressés d'approfondir cet exercice en quelques jours (51,69,70).

I.2.3.2.2 AU QUEBEC

Au Québec, le code des professions régit la pratique de la physiothérapie (71). Depuis les années 1990, il est possible de consulter directement un physiothérapeute sans consulter un médecin au préalable. La physiothérapie peut également être pratiquée par les thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.) après évaluation d'un physiothérapeute ou d'un médecin (72,73).

Au Québec, l'Ordre Professionnel de Physiothérapie du Québec (OPPQ) compte plus de 8 000 membres (plus de 5400 physiothérapeutes et plus de 2500 T.R.P.), dont 457 physiothérapeutes spécialisés en RP (74–76). La formation des physiothérapeutes au Québec consiste en un continuum universitaire baccalauréat-maîtrise professionnelle en physiothérapie durant en tout 4 ans et demi (77). Des normes à respecter par chaque université sont fixées par l'Agrément de l'Enseignement de la Physiothérapie au Canada (AEPC) (78). Cinq universités offrent le programme de physiothérapie au Québec (79). La maîtrise

³ Ce système sera remplacé en septembre 2020 suite à la réforme de l'entrée en études de santé (61,63).

professionnelle, qui dure un an et demi environ, est nécessaire à l'entrée à la pratique selon la réglementation de l'OPPQ et de l'AEPC (80). Un socle de connaissances en RP peut être abordé en formation initiale (81). Des formations continues sont disponibles pour approfondir ses connaissances une fois diplômé, mais l'OPPQ ne demande pas d'attestation de formation supplémentaire pour exercer la RP (82,83).

La formation de T.R.P., existant uniquement au Québec, est une formation collégiale de 3 ans (84). Ces 3 années, dans un des 8 Collèges d'Enseignement Général et Professionnel (Cégeps) québécois offrant la formation, permettent l'obtention d'un Diplôme d'Etude Collégiale (DEC) en technique de physiothérapie. Après une inscription au tableau de l'OPPQ, les T.R.P. peuvent pratiquer (85). En plus du code des professions, la pratique des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique est encadrée par un code de déontologie (71,73). Les T.R.P. ne peuvent pas pratiquer la RP, activité réservée aux physiothérapeutes (82,86).

Selon l'Association Canadienne des Sages-Femmes (ACSF), 217 SF exerçaient au Québec en 2017 parmi les 1690 recensées dans tout le Canada (87). Les SF sont également régies par le code des professions (88). Celui-ci précise qu'elles peuvent « donner à une femme [...] les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale (chapitre S-0.1, section 3, article 6) » (89). Elles ne sont donc pas autorisées à réaliser des techniques de RP mais sont en première ligne pour référer les femmes dans les six premières semaines et leur donner des conseils d'hygiène de vie (88).

La formation des SF au Québec se fait à l'Université du Québec à Trois-Rivières (90,91). Six autres universités offrent cette formation dans le reste du Canada (92). La formation de 4 ans est accessible notamment après l'obtention d'un DEC. La RP ne fait pas partie de la formation des SF (93). L'obligation de formation continue pour les SF est également requise au Québec (90). Les physiothérapeutes sont donc les seuls thérapeutes à pratiquer la RP au Québec.

Un schéma comparatif des systèmes éducatifs français et québécois est disponible en annexe I (94).

I.2.3.3 ACCES ET TRAJECTOIRE DE SOINS

Les services de santé font partie des déterminants de la santé décrits par Dahlgren et Whitehead en 1991 (figure 4) (95). Ils sont un des leviers sur lesquels nous pouvons agir afin d'améliorer la santé d'une population.

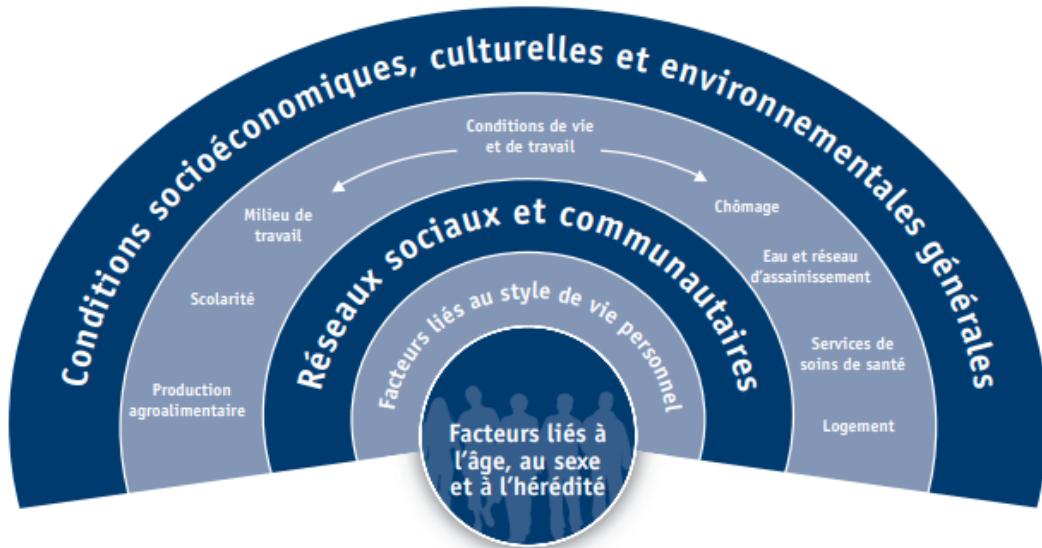


Figure 4 - Les déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991)

Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé, Groupe d'étude sur les cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé, Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé (page 17) [Internet]. 2015 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/247863>

Selon l'Agence Régionale de la Santé (ARS), les parcours de soins « se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement (p.3) ». (96)

La mise en œuvre et l'organisation des parcours de soins des patients fait partie des axes d'actions prioritaires de la Haute Autorité de Santé (HAS), prenant en compte l'aspect bio-psychosocial de la prise en charge des patients. D'après la HAS en 2013, « l'enjeu du parcours de santé ou de vie est de développer une approche plus globale et adaptée aux

usagers et à leurs besoins, tout en tenant compte des évolutions auxquelles notre système de santé doit faire face » (97).

Cet axe est également pris en compte par le gouvernement français, qui déclare que « la bonne santé [...] doit passer par un accès égal aux soins » lors de la publication de son plan national de santé publique (98). Dans le dossier de presse du plan « Ma santé 2022 : un engagement collectif », Emmanuel Macron déclare également que « nous devons entièrement repenser notre système de santé en se fixant une seule exigence : mettre le patient au centre et garantir à tous les Français une meilleure prévention et un accès à des soins de qualité. Nous devons permettre au patient d'avoir accès plus facilement aux soins dont il a besoin [...] » (99).

L'enjeu de l'accès aux soins est le même outre-Atlantique comme il a pu en être discuté au sommet de la physiothérapie le 10 octobre 2019 (100). Cet axe est d'ailleurs très présent dans le plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) qui a pour but « d'améliorer l'accès et la qualité des services proposés aux citoyens » (101). Le livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie détaille les problèmes actuels rencontrés dans l'accès aux soins ainsi que des pistes d'amélioration à envisager (76).

I.3 PROBLEMATIQUE

Bien que le parcours de soins soit intégré dans les plans gouvernementaux québécois et français, la question de l'accès aux soins en post-partum ne semble pas être une priorité. Celle-ci n'est citée dans aucun des plans présentés ci-dessus (99,101,102). Il est donc crucial de s'intéresser à la question des services proposés aux femmes en post-partum afin de mieux connaître et comprendre les services offerts et reçus par les femmes, tant en France qu'au Québec.

Il n'existe à ce jour pas d'étude faisant état des choix et des attentes des femmes concernant la RP. Il se pose également la question de l'accessibilité des thérapeutes réalisant de la RP et des autres facteurs pouvant limiter l'application des soins en France.

Dans un objectif d'amélioration du parcours de soins, et à la lumière de l'état des connaissances encore limité sur l'offre de RP en France et au Québec, ce projet s'intéressera au choix des professionnels vers qui les femmes en post-partum choisissent de réaliser cette rééducation, ainsi qu'à leurs attentes. De plus, nous prendrons en compte l'organisation des services de soins français et québécois pour comprendre les particularités des deux pays en matière d'accès et d'utilisation des services.

Ainsi, les questions principales ayant guidé ce projet sont : Vers quels professionnels les femmes en post-partum s'orientent-elles et selon quelles attentes ? Quels sont les services de RP à la disposition des femmes en post-partum en France et au Québec et quelle est leur accessibilité ? Comment les services de RP sont-ils utilisés dans ces deux territoires ?

L'objectif principal de cette enquête est de décrire et de comprendre les parcours de soins des femmes en post-partum en France et au Québec.

Les objectifs spécifiques sont de : 1) documenter la proportion des femmes qui réalisent de la RP en France et vers quel professionnel de la santé elles sont orientées, 2) comprendre les choix et les attentes des femmes et leur utilisation des services de RP en post-partum dans le contexte de l'organisation des soins en France, 3) comprendre l'état actuel de l'accès aux services en post-partum au Québec ainsi que les facteurs limitant et facilitant leur utilisation.

II. METHODE

II.1 DUREE ET TYPE D'ETUDE

Pour répondre à nos objectifs, nous avons effectué une recherche originale à type d'enquête réalisée via un questionnaire diffusé en France du 1^{er} août au 31 octobre 2019 (objectifs 1 et 2). Celui-ci a été suivi d'entretiens réalisés en France, d'octobre à décembre 2019 (objectif 2), et au Québec, de janvier à mars 2020 (objectif 3).

II.2 POPULATION A L'ETUDE

Les critères d'inclusion et de non inclusion des participants aux différents volets du projet sont détaillés dans le tableau ci-dessous (tableau 2).

	Questionnaire	Entretiens France	Entretiens Québec
Critères d'inclusion	- Femme en post-partum (PP) (primipare ou multipare)	- Femme ayant eu une prescription pour de la RP en PP en France	- Acteurs divers (cliniciens, gestionnaires, chercheurs...) intervenant dans le parcours de soin des femmes en post-partum
Critères de non inclusion	- Femme nullipare	- Femme n'ayant pas eu de prescription pour de la RP en PP en France - Femmes faisant partie de mes proches - Femmes ayant réalisé de la RP il y a plus de 2 ans ⁴	- Professionnels de santé n'intervenant pas dans le parcours de soin de femmes en post-partum

Tableau 2 - Critères d'inclusion et de non inclusion des participants

⁴ Nous avons choisi de ne pas interroger de femmes ayant réalisé leur RP il y a plus de 2 ans afin de limiter le biais de rappel amplifié par le manque de sommeil, le stress, l'anxiété et la dépression, pouvant être fortement présents en période post-natale (103,104).

II.3 DEROULEMENT DE L'ETUDE

Un tableau récapitulatif du déroulement de l'étude est disponible en annexe 2.

II.3.1 QUESTIONNAIRE

L'administration d'un questionnaire avait pour objectif principal de documenter la proportion des femmes qui réalisent de la RP en France et vers quel professionnel de la santé elles sont orientées (objectif 1). Il a aussi permis d'aborder la compréhension des choix et des attentes des femmes et de leur utilisation des services en post-partum (objectif 2).

Afin de réaliser cette étude, il a d'abord fallu construire un questionnaire (voir II.4.1 et annexe 3). Celui-ci couvrait les grands sujets suivants :

- le choix de professionnel (MK ou SF) ;
- les attentes des femmes à l'égard de la rééducation et envers le professionnel en charge de celle-ci ;
- le parcours de soin des patientes et les facteurs pouvant influencer leurs choix.

Procédures de recrutement

Nous avons choisi plusieurs voies d'accès pour recruter des femmes en post-partum acceptant de répondre au questionnaire. D'abord, nous avons ciblé directement les mamans sur des groupes Facebook, des forums et des sites web leur étant consacrés. Ensuite, nous avons ciblé des professionnels par e-mail et sur un groupe Facebook de kinésithérapeutes s'intéressant à la pelvi-périnéologie afin qu'ils acheminent l'invitation à répondre au questionnaire aux femmes qui les consultent. Afin de leur faciliter la diffusion auprès de leurs patientes, une affiche a été créée, avec un QR code à disposer dans leurs salles d'attentes (annexe 4). Le questionnaire a pu être diffusé à des SF libérales dont l'e-mail était valide et présent sur l'annuaire du CNOSF (105). De plus, du côté des MK, l'affiche a pu être diffusée à tous les tuteurs partenaires (58 cabinets) de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS). Nous avons aussi souhaité étendre la diffusion en contactant les ordres professionnels. Le questionnaire a donc pu être publié dans la section « Je suis étudiant » du

site du CNOMK (106). Enfin, les contacts avec les sociétés savantes (ARREP et SIRREP) n'ont pas pu aboutir à la diffusion du questionnaire.

Un tableau récapitulatif détaille les canaux de diffusion utilisés pour le questionnaire en annexe 5.

II.3.2 ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

La partie qualitative de cette étude s'est basée sur les lignes directrices *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ) pour la lecture et l'écriture de la recherche qualitative ainsi que de l'article de Luc Côté et Jean Turgeon « Comment lire de façon critique les articles en recherche qualitative en médecine » (107,108).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de comprendre les choix et les attentes des femmes en post-partum ainsi que leur utilisation des services de RP dans le contexte de l'organisation des soins en France (objectif 2), et de comprendre l'état actuel de l'accès aux services en post-partum au Québec ainsi que les facteurs limitant et facilitant leur utilisation (objectif 3).

Pour la collecte de données dans les deux pays, la préparation des entretiens a nécessité la réalisation d'un formulaire d'information et de consentement détaillant les modalités de l'entretien (annexes 6 et 7). En France, ce formulaire a été créé en suivant le guide de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (109). Le guide spécifie notamment que la patiente autorise un enregistrement audio pendant l'entretien afin qu'une transcription verbatim puisse être réalisée par la suite. Bien qu'une exemption éthique ait été obtenue pour la collecte de données au Québec, un formulaire d'information et de consentement inspiré du guide de rédaction du Centre Intégré Universitaire de Santé et des Services Sociaux de la capitale nationale (CIUSSS) a été créé afin d'uniformiser les parties françaises et québécoises (110). La préparation d'une grille d'entretien s'en est suivie (discutée plus bas).

Le recrutement des participantes françaises s'est fait via une annonce à la fin du questionnaire, des contacts avec des professionnels de la RP (1 MK et 2 SF) et selon un échantillonnage boule de neige (bouche à oreille) (annexe 8).

Deux entretiens tests ont été effectués en France auprès des proches ayant réalisé de la RP en amont de la réalisation des entretiens. Cela a permis d'ajuster les questions et d'estimer le temps nécessaire pour leur réalisation.

Avant chaque entretien, un premier appel téléphonique était réalisé afin de présenter l'étude et ses objectifs, détailler le formulaire de consentement (annexe 6), répondre aux éventuelles questions et fixer un rendez-vous pour l'entretien. Le formulaire de consentement était alors envoyé par e-mail pour signature, avant la réalisation de l'entretien. La grille d'entretien n'était pas partagée aux femmes avant les entretiens.

Un préambule permettait de faire une vérification de la signature et de la bonne compréhension du formulaire d'information et de consentement en début d'entretien. Ce moment servait également à rappeler le but de l'enquête, et préciser les modalités de déroulement de l'entretien (annexe 9).

Les entretiens se déroulaient par téléphone et leur durée était estimée à entre 30 et 60 minutes suite aux tests réalisés. Un double enregistrement audio a été réalisé (dictaphone et ordinateur portable) afin de permettre la retranscription et réduire les risques de perte de données. La retranscription verbatim a été effectuée au fur et à mesure du déroulement des entretiens.

Afin de comprendre l'état actuel de l'accès aux services en post-partum au Québec ainsi que les facteurs limitant et facilitant leur utilisation (objectif 3), nous avons choisi de contacter différents acteurs du parcours de soin des femmes en post-partum : chercheurs, cliniciens physiothérapeutes dans les secteurs privés et publics, SF en maison de naissance, médecins, cadres/gestionnaires. La construction de la grille d'entretien est détaillée dans la partie II.4.2 (annexe 10). Le recrutement s'est fait par e-mail grâce aux relations préétablies de l'équipe de recherche, à des recherches de sites Internet et à l'effet boule de neige (annexes 11 et 12) (111).

Le formulaire d'information et de consentement était présenté en amont du rendez-vous ou au début de l'entretien si celui-ci se faisait en face à face. Les participants n'ont pas eu accès à la grille d'entretien pour s'y préparer en amont. La population cible étant très

spécifique, des tests n'ont pas pu être réalisés. Cependant la première entrevue s'est déroulée en présence du Pr Kadija Perreault, afin de pouvoir fournir des rétroactions et adapter la grille d'entretien par la suite. L'enregistrement audio a été effectué selon les mêmes modalités qu'en France mais la retranscription a été réalisée par une société de transcription canadienne pour des raisons de gain de temps.

II.4 MATERIEL NECESSAIRE

II.4.1 QUESTIONNAIRE (FRANCE)

Pour cette enquête, le questionnaire en ligne a été réalisé via Google Forms (annexe

3). Sa construction s'est notamment basée sur les hypothèses suivantes :

- Les choix des femmes sont influencés par leurs connaissances (5)
- Les choix des femmes sont influencés selon leur région en fonction de la disponibilité et de l'accessibilité aux thérapeutes (112)
- Les choix des femmes sont influencés par leurs symptômes (9)
- Le coût des séances influence les choix des femmes (113)

Le temps de réponse était estimé à entre 5 et 10 minutes maximum après les tests effectués auprès de plusieurs proches. Il a été considéré qu'un test plus long aurait pu décourager les participantes.

II.4.2 ENTRETIENS

L'élaboration du guide d'entretien à destination des patientes françaises s'est faite pendant la diffusion du questionnaire, en se basant sur les 3 piliers de la prise en charge BPS afin d'avoir une vision holistique de la prise en charge des femmes en post-partum (annexe 9). L'entrevue semi-directive se compose de questions ouvertes sur chacun des thèmes ainsi que de plusieurs relances.

Au Québec, le cadre de Levesque et al. a guidé la construction de la grille d'entrevue (114). Ce cadre conceptuel décrit l'accès aux soins centré sur le patient via 5 critères principaux : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable, et la

pertinence, comme décrit dans la figure 5. L'entrevue semi-directive a été composée de questions ouvertes recouvrant les 5 thèmes ainsi que de plusieurs relances (annexe 10).

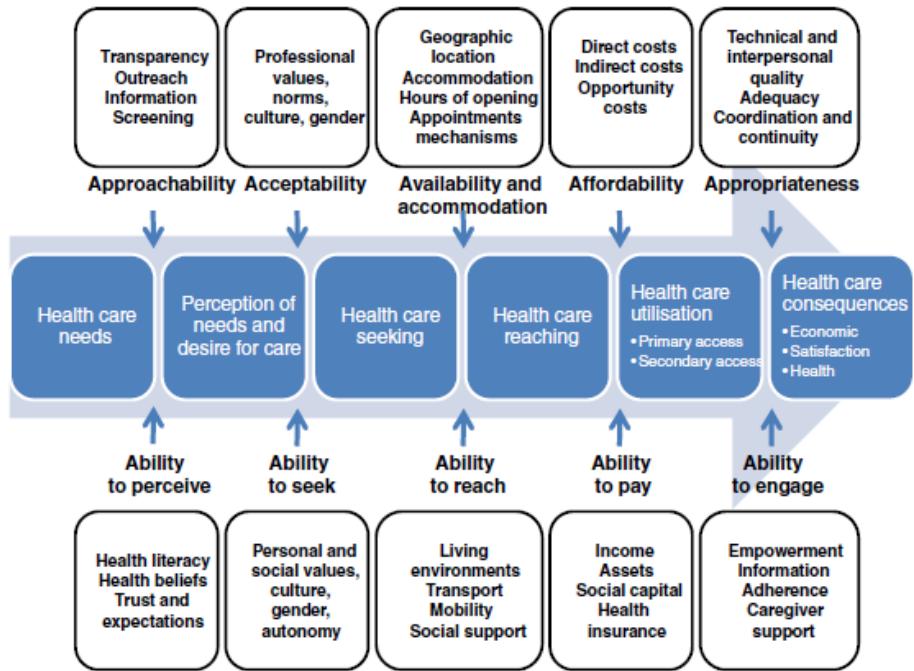


Figure 5 - Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé

Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 11 mars 2013;12:18 ; page 5

II.5 ANALYSES ET STATISTIQUES

Pour répondre aux objectifs 1 (documenter la proportion des femmes qui réalisent de la RP en France et vers quel professionnel de la santé elles sont orientées) et 2 (comprendre les choix et les attentes des femmes et leur utilisation des services de RP en post-partum dans le contexte de l'organisation des soins en France), les données tirées du questionnaire ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (comparaison d'effectifs).

Le questionnaire comporte aussi la description des choix des patientes envers un thérapeute ainsi que leurs attentes via des questions ouvertes (analyse des données qualitatives du questionnaire). Des tests de Chi2 ont été effectués sur le site Internet quantpsy.org afin de vérifier si différentes données étaient liées (115). En effet, nous nous sommes intéressés à la réalisation de la RP et au choix du thérapeute en fonction de différents facteurs. D'abord,

nous avons fait des tests afin de voir s'il existait un lien entre la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) et le fait d'être professionnelle de santé, dans leurs choix du professionnel consulté et de la réalisation de la RP (5). Ensuite nous voulions voir si les choix des femmes varient en fonction de l'accessibilité aux thérapeutes (région habitée, proximité d'une grande ville) (112,116). Nous avons également porté attention à l'impact du type de prescripteur sur les choix des femmes (117). Il nous semblait également intéressant de vérifier le lien potentiel entre une consultation antérieure chez le MK et les choix des femmes car le MK aurait pu sensibiliser la patiente à une prise en charge en post-partum. Enfin, l'âge des répondantes a été pris en compte afin de comparer d'éventuelles différences générationnelles qui pourraient également concerner les connaissances des femmes (5).

Une analyse qualitative des transcriptions des entretiens français et québécois a été effectuée (objectif 2 et 3). Tous les entretiens ont été codés à l'aide du logiciel gratuit QDA Miner Lite afin d'identifier les grands thèmes émergents des propos des participantes.

En termes de taille d'échantillon, nous avions pour objectif d'obtenir un minimum de 400 réponses au questionnaire pour tenter d'être le plus représentatif de la population possible (plus de 750 000 naissances par année en France) avec un intervalle de confiance de 95% (118).

Pour les entretiens, nous voulions interroger 10 patientes en France et 10 professionnels de santé au Québec (119,120).

III. RESULTATS

III.1 ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

III.1.1 PARTICIPANTES AYANT COMPLETE LE QUESTIONNAIRE

La diffusion du questionnaire a permis d'obtenir 416 réponses. Les canaux de diffusions sont détaillés en annexe 13. Les caractéristiques des 416 participantes sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau 3).

Caractéristiques des participantes (n=416)		n (%)
Age (années)		
15 à 25		26 (6,25)
25 à 40		331 (79,57)
Plus de 40		59 (14,18)
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)		
Agriculteurs exploitants		4 (0,96)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises		10 (2,40)
Cadres et professions intellectuelles supérieures		166 (39,90)
Employés		118 (28,37)
Etudiants		2 (0,48)
Ouvriers		11 (2,64)
Professions intermédiaires		90 (21,63)
Retraités/ Sans emploi		15 (3,61)
Travaille dans le milieu de la santé		
Oui		230 (55,29)
Non		186 (44,71)
Région habitée		
Auvergne-Rhône-Alpes		30 (7,21)
Bourgogne-Franche-Comté		60 (14,42)
Bretagne		28 (6,73)
Centre-Val de Loire		11 (2,64)
Corse		2 (0,48)
Grand-Est		36 (8,65)
Hauts-de-France		64 (15,38)
Île-de-France		48 (11,54)
Normandie		10 (2,40)
Nouvelle-Aquitaine		25 (6,01)
Occitanie		45 (10,82)
Pays de la Loire		19 (4,57)
Provence-Alpes-Côte d'Azur		21 (5,05)
Régions d'Outre-Mer		6 (1,44)
Autres		11 (2,64)

Tableau 3 - Caractéristiques des participantes

Les caractéristiques en lien avec la maternité des patientes sont décrites dans le tableau 4.

Caractéristiques en lien avec la maternité (n=416)		n (%)
Nombre d'enfants vivants		
1		172 (41,35)
2		172 (41,35)
3		54 (12,98)
4		14 (3,37)
5		3 (0,72)
Plus de 5		1 (0,24)
Age du premier enfant		
< 1 mois		7 (1,68)
< 1 an		74 (17,79)
Entre 1 et 5 ans		159 (38,22)
Entre 5 et 10 ans		101 (24,28)
Entre 10 et 20 ans		46 (11,06)
Plus de 20 ans		29 (6,97)
Date du dernier accouchement		
< 1 mois		13 (3,13)
Entre 1 et 3 mois		58 (13,94)
Entre 3 et 12 mois		110 (26,44)
Plus de 12 mois		235 (56,49)
Consultation d'un MK avant l'accouchement		
Non		242 (58,17)
Oui		174 (41,83)

Tableau 4 - Maternité des participantes

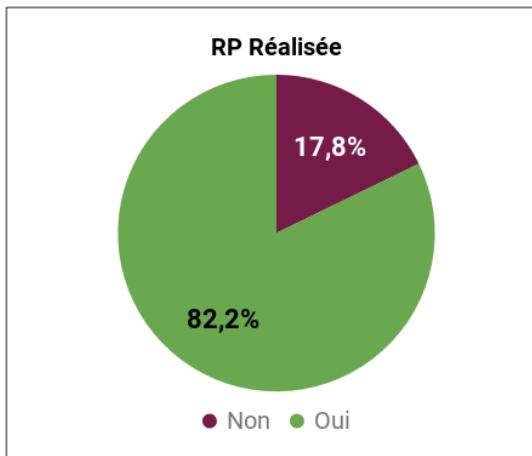
Le tableau 5 présente les caractéristiques de la prescription des femmes ayant réalisé de la RP.

Caractéristiques en lien avec la prescription		n (%)
Prescription de la RP		(n=342)
Gynécologue/ obstétricien à l'hôpital		125 (36,5)
Gynécologue/ obstétricien en consultation privée		59 (17,3)
SF à l'hôpital		67 (19,6)
SF en consultation privée		65 (19)
Médecin Généraliste		15 (4,4)
Ordonnance non nécessaire		9 (2,6)
Autres (erreur de réponse, SF domicile PRADO ⁵)		2 (0,6)
Date de prescription		(n=342)
En pré-partum		3 (0,88)
Tout de suite après l'accouchement		146 (42,69)
Entre 1 et 3 mois après l'accouchement		168 (49,12)
Après 3 mois post-partum		18 (5,26)
Au moins un an après l'accouchement		4 (1,17)
Pas de prescription		3 (0,88)
Demande de prescription		(n=342)
Non		255 (74,56)
Oui		83 (24,27)
Je ne souhaite pas répondre		4 (1,17)
Raisons de la prescription		(n = 382)
Suivi systématique		102 (26,84)
Fuites urinaires		78 (20,53)
Déficit des muscles abdominaux		61 (16,05)
Prévention		43 (11,32)
Retrouver un périnée fonctionnel		30 (7,89)
Aucune		25 (6,58)
Douleur du rachis et/ou de bassin		16 (4,21)
Complications à l'accouchement		13 (3,42)
Descente d'organes		4 (1,05)
A ma demande		3 (0,79)
Reprise de l'activité sportive		3 (0,79)
Douleurs pendant les rapports sexuels		2 (0,53)

Tableau 5 - Caractéristiques en lien avec la prescription

⁵ Le service PRADO permet aux femmes ayant accouché sans complication, de bénéficier d'un suivi à domicile par une SF libérale, dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité (121).

III.1.2 REPONSES AUX OBJECTIFS 1 ET 2



L'objectif principal de cette étude était de documenter la proportion des femmes qui réalisent de la RP en France et vers quel professionnel de la santé elles sont orientées. Sur les 416 participantes, 82,2% ont réalisé de la RP suite à au moins un de leur(s) accouchement(s) (figure 6).

Figure 6 - Réalisation de la RP

Parmi les participantes ayant réalisé de la RP, près de 80% ont déclaré avoir consulté une SF, un peu plus de 11% un MK et environ 9% ont consulté les deux (pour une même rééducation ou pour plusieurs grossesses différentes) (figure 7).

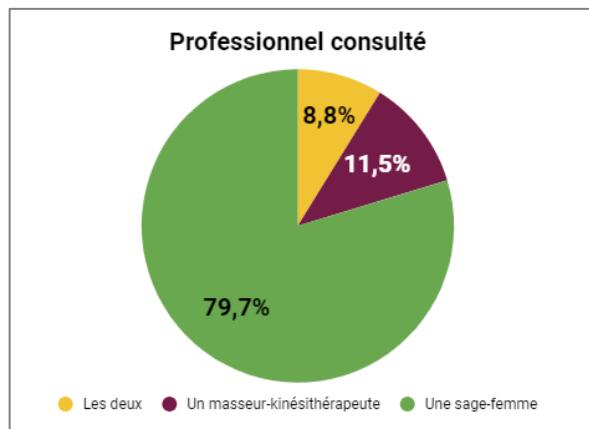


Figure 7 - Professionnel consulté

Le nombre de séances réalisées par les femmes est détaillé dans la figure 8.

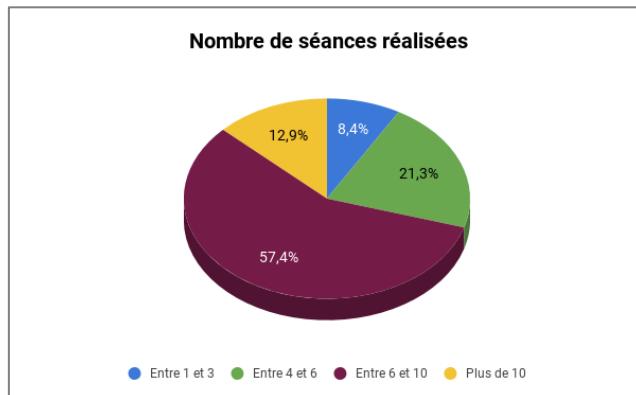


Figure 8 - Nombre de séances réalisées

Le second objectif était de comprendre les choix et les attentes des femmes et leur utilisation des services de RP en post-partum dans le contexte de l'organisation des soins en France.

Les facteurs de la non réalisation de la RP sont multiples. Les plus fréquemment rapportés sont que la femme n'en ressentait pas le besoin (21,5%), que le gynécologue ou la SF ont estimé que la femme n'en avait pas besoin (19,4%), que la femme n'avait pas eu de prescription (14%), pour des raisons de temps (10,8%), ou que la femme pensait être en capacité de faire sa rééducation seule (10,8%). Les autres réponses témoignent d'un manque d'information de la part de leur thérapeute, d'un manque de connaissances sur l'existence et l'utilité de cette rééducation ou encore de problèmes d'accessibilité. Certaines répondantes n'avaient pas encore eu le temps de faire la rééducation car l'accouchement était trop récent (figure 9).

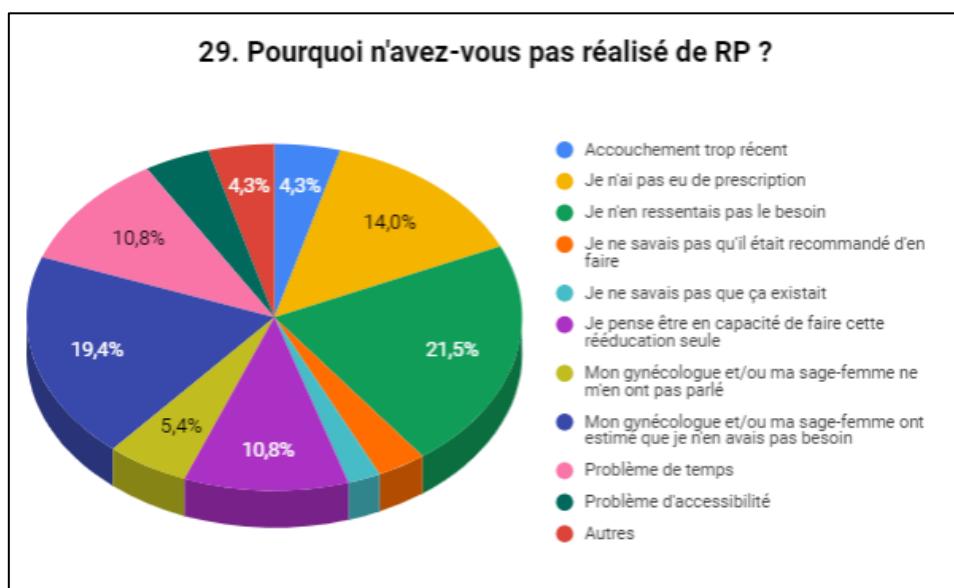


Figure 9 - Raison de la non-réalisation de la RP

Le tableau 6 détaille les raisons du choix du thérapeute pour les 342 femmes ayant réalisé de la RP. Les raisons principales du choix du thérapeute sont : l'orientation par un médecin/gynécologue (24,7%), le suivi de grossesse (18,8%), les recommandations par un proche (12,2%), l'accès géographique au thérapeute (11,1%).

Choix orienté par (n=377 parmi les 342 femmes ayant fait de la RP)⁶:	MK (%)	SF (%)	Total (%)
Médecin/gynécologue	6,37	18,30	24,67
Recommandation d'un proche	2,12	10,08	12,20
Moins d'attente	0,53	3,98	4,51
Emploi du temps	1,06	3,18	4,24
Géographie (accès ou professionnels pas formés dans la région)	3,98	7,16	11,14
Ne savait pas que les MK et les SF pouvaient faire de la RP	1,33	6,10	7,43
Compétences du professionnel (méthode de rééducation, MK ou SF plus spécialisé, rééducation abdominale)	1,59	6,37	7,96
Je suis MK	0,53	0,80	1,33
Je suis SF	0	1,59	1,59
Relation thérapeute	0,53	1,59	2,12
Suivi de grossesse	0	18,83	18,83
Autres ⁷	1,33	2,65	3,98
Total	19,39	80,64	100

Tableau 6 - Raisons du choix du professionnel en fonction du professionnel consulté

Cependant, nous pouvons observer des disparités dans les deux groupes de femmes (celles ayant consulté un MK et celles ayant consulté une SF). Nous remarquons par exemple que presque 3 fois plus de femmes ayant choisi leur professionnel en fonction de l'orientation par un médecin ou un gynécologue se sont tournées vers une SF (18,3%) plutôt qu'un MK (6,37%). Les chiffres sont également 5 fois plus élevés pour les recommandations par un proche (10,08% pour les femmes ayant consulté une SF et 2,12% pour celles ayant consulté un MK). Les femmes qui se sont orientées en fonction de la géographie se sont plus orientées vers une SF (7,16%) que vers un MK (3,98%). Les compétences des professionnels étaient recherchées pour 6,37% des femmes qui se sont tournées vers une SF contre 1,59% pour celles qui ont consulté un MK.

⁶ Les répondantes pouvaient choisir plusieurs réponses.

⁷ Dans la catégorie « Autres » : complication à l'accouchement, non prise en charge de la douleur par la SF, erreur de réponse, sur conseil de la SF, pas de SF à l'époque, mauvaise expérience avec MK, SF qui pratique l'ostéopathie, conseil de la SF, plus à l'aise avec SF, moins cher.

L’attente principale rapportée par les répondantes était de retrouver un périnée fonctionnel (remuscler, tonifier...) (25,48%), puis d’agir sur les symptômes (23,77%). Les autres principales attentes sont au niveau de la qualité de la prise en charge (efficacité, compétence du thérapeute, méthode...) (14,78%) et de la qualité de la relation avec le professionnel (10,49%). Le caractère préventif (6,85%) et la communication (6,64%) font également partie des attentes principales des femmes (tableau 7).

Nature des attentes rapportées des 342 femmes ⁸	n (%)
Retrouver un périnée fonctionnel (remuscler, tonifier...)	119 (25,48)
Agir sur les symptômes (rééducation périnéale, rééducation des abdominaux, fuites urinaires, douleur, amélioration symptômes, récupération, retrouver des sensations, prolapsus, fuites de gaz, hémorroïdes, « dégonfler », posture)	111 (23,77)
Qualité de la PEC (efficacité, compétence du thérapeute, méthode adéquate, bilan/diagnostic, PEC globale et personnalisée, suivi, autonomie)	69 (14,78)
Qualité relationnelle (douceur, écoute, confiance, accompagnement, bienveillance, professionnalisme, respect, disponibilité, discrétion, accueil)	49 (10,49)
Prévention	32 (6,85)
Communication (explications, conseils, comprendre son périnée, pédagogie)	31 (6,64)
Aucune	18 (3,85)
Pas d'attente ou erreur de réponse	17 (3,64)
Rapidité	7 (1,5)
Reprise activité sportive	5 (1,07)
Autres (réassurance, trouver de la motivation pour faire les exercices, adapté à la présence de bébé, qu'il réponde à mon besoin, préparer future grossesse, aller chez un professionnel passionné par la RP, faire mieux que le kiné, complément du kiné)	9 (1,93)
Total	467 (100%)

Tableau 7 - Les attentes des femmes en post-partum

⁸ Les répondantes pouvaient choisir plusieurs réponses.

III.1.3 STATISTIQUES

Pour comprendre les choix et les attentes des femmes et leur utilisation des services de RP en post-partum dans le contexte de l'organisation des soins en France (objectif 2), intéressons-nous aux liens entre les caractéristiques des femmes (âge, région habitée, CSP...) et leurs choix (réalisation ou non, professionnels).

Parmi les variables ayant montré un lien significatif, nous pouvons voir que l'âge semble être en lien avec le fait de réaliser ou non sa RP ($X = 15,486$ et $p = 0,0004$). Le tableau 8 semble montrer une tendance plus élevée dans la réalisation de la RP entre 25 et 40 ans.

Age des participantes	Pas de RP	RP	Total général
Une femme ayant 40 ans révolus	3,61%	10,58%	14,18%
Une femme entre 15 et 24 ans	2,64%	3,61%	6,25%
Une femme entre 25 et 40 ans	11,54%	68,03%	79,57%
Total général	17,79%	82,21%	100,00%

Tableau 8 - Influence de l'âge dans la réalisation de la RP

Le fait d'habiter à moins de 30 km d'une ville de plus de 50 000 habitants semble également être en lien avec le fait de réaliser la RP ou non ($X = 8,742$; $p = 0,0031$).

La région habitée semble être un autre critère géographique montrant un lien significatif avec la réalisation ou non de la RP avec $X = 11,216$; $p = 0,047$ (tableau 9).⁹

Régions	RP	Pas de RP	Total
Nord - Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Normandie)	8	49	57
Nord - Centre (Hauts-de-France, Ile-de-France, Centre-Val de Loire)	19	104	123
Nord - Est (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté)	23	73	96
Sud - Ouest (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie)	10	60	70
Sud - Est (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse)	7	46	53
Autres (Outre-Mer, autres)	7	10	17
Total	74	34	416

Tableau 9 - Réalisation de la RP en fonction de la région

⁹ Pour des questions d'échantillonnage, nous avons choisi de regrouper les régions en 6 groupes comme présenté dans le tableau 9.

D'autres variables ont été croisées et n'ont pas montré de lien significatif :

- L'âge des femmes et le choix du professionnel ($X = 9,416$; $p = 0,0515$).
- La CSP et la réalisation ou non de la RP ($X = 13,946$; $p = 0,052$ avec la correction de Yates¹⁰).
- La CSP et le choix du thérapeute ($X = 4,355$; $p = 0,99$ avec la correction de Yates)
- Le facteur « *professionnelle de santé* » et la réalisation de la RP ou non ($X = 4,164$; $p = 0,12$)
- Le facteur « *professionnelle de santé* » et le choix du thérapeute en post-partum ($X = 2,321$; $p = 0,3$)
- Le fait d'habiter à moins de 30 km d'une ville de plus de 50 000 habitants et le choix du thérapeute ($X = 5,945$; $p = 0,051$).
- Le fait d'avoir déjà consulté un MK et le choix du thérapeute pour la RP ($X = 5,803$; $p = 0,055$)
- Le type de prescripteur et le choix du thérapeute ($X = 16,99$ et $p = 0,15$).

III.2 ANALYSE DES ENTRETIENS (FRANCE)

III.2.1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTES

Neuf entretiens ont été réalisés. Ils ont duré entre 26 et 57 minutes. La participante 3 a été exclue car la trop courte durée de l'entretien (18 minutes) n'a pas permis de faire ressortir des réponses détaillées. La participante 8 a été exclue suite à une erreur de recrutement (critère de non inclusion).

L'âge des participantes est compris entre 28 et 35 ans avec une moyenne de 30,9 ans. La majorité d'entre elles habitent Dijon. Cet élément est lié au recrutement via les professionnels de santé de cette ville. La plupart des femmes ont réalisé leur rééducation auprès d'une SF et principalement via une technique manuelle. Deux SF ont témoigné en tant que patientes pour ces entretiens (tableau 10).

¹⁰ La correction de Yates a été effectuée en raison d'un nombre trop faible de participants dans certaines catégories.

	Age (ans)	Profession	Ville	Nombre d'enfants	RP	Type de RP	Remarques
1 - Yasmine¹¹	30	Auxiliaire de puériculture Ancienne attachée de presse	Paris	2	MK puis SF	Sonde puis Manuelle	
2 - Julie	28	Travailleuse sociale	Belfort	1	MK	Manuelle + BFB + abdominaux	
3 - Rose							Exclue
4 - Emma	30	Interne en pharmacie	Dijon	1	SF	Manuelle + visualisation	
5 - Stéphanie	32	SF	Dijon	1 (enceinte du 2 ^{ème})	SF	Manuelle + visualisation + abdominaux + eutonie	
6 - Ambre	30	SF	Dijon	1	SF	Manuelle + « stop-pipi »	1 seule séance, rééducation en autonomie
7 - Jade	31	Notaire assistante	Dijon	2	SF	Manuelle + visualisation + abdominaux	
8 - Mila							Exclue
9 - Olivia	35	Sans emploi	Dijon	3	2 SF (G1/ G2+ G3)	Sonde (G1) Manuelle + visualisation + abdominaux (G2/ G3)	

Tableau 10 - Description des participantes aux entretiens français

¹¹ Afin de respecter l'anonymat des participantes, tous les prénoms sont des prénoms d'emprunt.

III.2.2 ANALYSE QUALITATIVE : UTILISATION DES SERVICES DE RP PAR LES FRANCAISES EN POST-PARTUM

L'objectif des entretiens français était de comprendre les choix, les attentes et l'utilisation des services de RP en post-partum par les femmes dans le contexte de l'organisation des soins en France (objectif 2).

Au regard du codage, trois thèmes principaux ressortent des entretiens. La démarche de regroupement des codes pour chaque thème est présentée dans les tableaux 11, 12 et 13.

Le détail des codes créés dans 3 catégories (facteurs liés aux femmes, aux professionnels, à l'organisation des soins et au système réglementaire) est en annexe 14.

III.2.2.1 POUVOIR ECHANGER SUR MA REEDUCATION POUR POUVOIR FAIRE DES CHOIX ECLAIRS

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Pouvoir échanger sur ma rééducation pour faire des choix éclairés	Influence de l'entourage Tabou d'en parler Information/vulgarisation de la RP aux femmes Explications données par les professionnels Connaissances des femmes Prise de conscience de son corps et de l'importance de la RP Nature des interventions Formations des professionnels Choix du professionnel Démarche personnelle	Les femmes se tournent vers leur entourage pour discuter du déroulement des séances, des techniques utilisées et du choix du professionnel. Néanmoins, leurs choix ne sont pas toujours éclairés pour diverses raisons.

Tableau 11 - Présentation du thème 1 (entretiens France)

La communication prend une part très importante dans la RP et influence les choix des femmes. Celles-ci n'ont globalement pas de difficultés à en parler avec leur entourage proche (conjoint, famille, amies), ce qui leur permettra d'échanger sur les professionnels ou encore la nature des interventions. Les femmes ont par contre partagé une certaine ambivalence concernant le caractère tabou de la RP. Pour certaines, il semble compliqué d'évoquer cette

rééducation dans des contextes sociaux moins intimes comme au travail par exemple. Alors que pour d'autres, il n'y a pas de honte ou de gêne à en parler ouvertement car la RP s'inscrit dans le parcours classique, en continuité de la grossesse.

Le fait que ça soit une personne de mon entourage qui m'aït conseillée, ça m'a mis déjà plus en confiance. [...] Pour une rééducation intime comme ça, je me voyais mal regarder dans les pages jaunes et puis choisir une professionnelle comme ça au hasard. Ça m'allait bien que quelqu'un me dise que cette personne était bien. (Jade)¹²

Les femmes semblent être à la recherche d'explications pour faire leurs choix tant au niveau des professionnels que des interventions utilisées. L'information ne leur est pas toujours transmise et la vulgarisation des informations par les professionnels de santé semble être à améliorer car certaines ont dit devoir rechercher les renseignements par elles-mêmes.

Les connaissances des femmes concernant leur anatomie, leurs symptômes et/ ou l'importance de la RP en post-partum ne seraient pas toujours développées par les professionnels de santé qu'elles consultent en amont de la rééducation. Une fois l'éducation du professionnel de santé réalisée, les femmes ont dit pouvoir devenir actrices et expertes de leur rééducation et se retrouver à pouvoir donner des conseils à leur tour dans leur entourage.

Les 3/4 des mamans avec qui j'en ai parlé, elles l'ont toutes fait et [...] il y en a très peu qui l'ont fait avec un kiné. Beaucoup l'ont fait avec une sage-femme et ont fait la rééducation manuelle. Très peu l'ont fait avec la sonde donc c'est aussi ça qui m'a convaincu parce qu'on visualise vraiment ce qu'il se passe à l'intérieur de notre corps [avec la méthode manuelle]. [...] C'est plus [les autres mamans] qui m'ont influencée, que mon entourage proche. (Yasmine)

Ainsi les choix des femmes seraient initialement souvent faits par défaut si celles-ci n'ont pas eu d'information sur les professionnels, leurs compétences ou encore les techniques qu'ils utilisent par exemple. Plusieurs femmes ont témoigné avoir changé de thérapeute après la naissance de leur deuxième enfant car elles n'avaient pas bien été informées pour leur première rééducation et s'étaient basées uniquement sur les représentations qu'elles avaient des professionnels.

La communication est donc un pilier principal des choix des femmes. Ceux-ci peuvent changer au fil de la rééducation et des informations à leur connaissance.

¹² La retranscription des entretiens peut vous être présentée sur demande.

III.2.2.2 SE TOURNER VERS UN PROFESSIONNEL QUI REPOND A MES BESOINS BIOLOGIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Se tourner vers un professionnel qui répond à mes besoins biologiques, psychologiques et sociaux	Besoin d'une PEC globale RP en lien avec le suivi de grossesse Symptômes entraînant le besoin de RP Expérience antérieure influençant le choix Contexte/soins influençant le choix Besoin d'accompagnement Ressenti, représentations, peur, confiance nécessaire Relation avec le professionnel Outils développés par la femme pour mettre à l'aise la patiente Choix du professionnel Besoin de prendre soin de soi Doutes ressentis lors de la RP Nature des interventions Prise de conscience de son corps et de l'importance de la RP Explications données par les professionnels Point de vue en tant que SF Formation des professionnels ?	Une prise en charge globale est attendue par les femmes lors de cette rééducation. Il est nécessaire de créer une relation de confiance entre le thérapeute et la patiente afin de lui permettre d'être à l'aise et de poser toutes ces questions. Les femmes attendent une rééducation en continuité avec le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Tableau 12 - Présentation du thème 2 (entretiens France)

La RP est indissociable de la grossesse et de l'accouchement, selon les répondantes. La relation déjà créée avec le professionnel ayant suivi les femmes durant la grossesse impacte fortement les femmes qui préfèrent, pour beaucoup, continuer leur prise en charge avec une SF, plutôt que de devoir recommencer avec un nouveau thérapeute pour la RP. En effet, créer une relation de confiance avec le thérapeute est une attente principale des femmes lors de leur rééducation. Elle serait nécessaire au bon déroulement de ces soins intimes. Le besoin d'une prise en charge bio-psychosociale est aussi exprimé par la majorité des femmes. L'écoute, les conseils, l'accompagnement et les explications du thérapeute lors des séances

sont essentiels pour que la femme se sente à l'aise tout au long du déroulement de la RP et puisse faire ses propres choix. C'est également grâce aux explications du thérapeute que la femme prend conscience de l'anatomie de son corps et des bénéfices de la rééducation. Les séances se doivent d'être adaptées à une prise en charge de RP afin de mettre à l'aise la patiente et de préserver son intimité (draps, lumière douce...).

Au fil de la rééducation, plusieurs femmes ont rapporté avoir douté de l'efficacité de la RP, avoir peur des séquelles résiduelles potentielles et avoir eu besoin d'être rassurées. La majorité des femmes ayant expérimenté certaines méthodes utilisées seules (travail de biofeedback ou d'électrostimulation principalement) ont dit que celles-ci ne leur convenaient pas.

La rééducation avec la sage-femme quand j'y suis allée, on a commencé par discuter d'abord et après on a fait la rééducation, ça a dû prendre une heure au total, entre discuter, enfin faire la rééducation et tout ça, je me dis que chez un kiné je serais arrivé, il m'aurait donné la sonde et puis voilà j'aurais fait ma séance toute seule avec la sonde et puis voilà. (Ambre)

Les propos des femmes laissent entendre que les symptômes et le mode d'accouchement des femmes peuvent influencer leurs choix de la réalisation ou non de la RP et du thérapeute. Néanmoins, beaucoup ont rapporté avoir réalisé la RP à titre préventif. Le contexte de chaque patiente vis-à-vis des soins et leurs expériences antérieures avec chaque professionnel semble également être pris en compte dans la décision des femmes.

III.2.2.3 REUNIR LES CONDITIONS NECESSAIRES A LA REALISATION DE MES SOINS

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Réunir les conditions nécessaires à la réalisation de mes soins	Accessibilité aux professionnels Disponibilité des professionnels Système réglementaire Organisation logistique Collaboration interprofessionnelle des soignants Prescripteurs de la RP Prise de contact avec le professionnel Démarche personnelle Information/vulgarisation de la RP aux femmes Aide de l'entourage Lassitude des soins Le bébé est plus important que la maman	De nombreux freins et facilitateurs interviennent dans la réalisation ou non de la RP. Les femmes doivent allier leur vie de maman, leur travail et les contraintes logistiques et réglementaires.

Tableau 13 - Présentation du thème 3 (entretiens France)

Parmi les conditions nécessaires à la réalisation des soins par les femmes, nous retrouvons d'abord l'accessibilité et la disponibilité des professionnels. Bien que les professionnels réalisant de la RP ne semblent pas difficiles à trouver, les délais étaient problématiques pour les femmes. Cette attente, allant de quelques semaines à plusieurs mois, pouvait avoir un côté angoissant pour certaines femmes qui ne savaient pas si la rééducation devait se faire rapidement. Elle pouvait également engendrer des problèmes logistiques si les femmes avaient déjà repris le travail. Le fait de fixer un rendez-vous avec une secrétaire ne permettait parfois pas aux femmes de poser certaines questions afin d'être rassurées sur les séquelles que pouvait engendrer le délai d'attente.

L'accessibilité ça reste quand même un point compliqué. Je trouve que les délais restent longs. [...] Ce qui est quand même inquiétant. Inquiétant dans le sens où on se retrouve sans réponse, avec des symptômes parfois dont on ne connaît pas l'origine et je trouve qu'on est un petit peu laissés seules. Et ça, c'est quand même compliqué. D'être seule avec les symptômes sans forcément avoir des réponses [...]. (Julie)

D'un point de vue réglementaire, le congé maternité apparaît au contraire être un facteur favorisant l'accès aux soins selon le travail de chacune. Le remboursement de 10 séances par la sécurité sociale n'est cité que par quelques femmes mais semble cependant être un facilitateur important de leur rééducation.

Les membres de l'entourage des femmes sont également des alliés importants dans la réalisation de la RP, tant d'un point de vue logistique, pour la garde des enfants par exemple, qu'en tant que soutien moral. Le conjoint, ayant compris les enjeux de la RP, peut s'avérer être un véritable acteur dans la réalisation de celle-ci selon plusieurs témoignages, en déchargeant sa femme de certaines tâches ménagères pour lui libérer du temps ou encore en la motivant à faire ses exercices.

J'étais en congé maternité, si j'avais dû faire ma rééducation en reprenant le travail je sais que ça aurait été quelque chose de compliqué. J'ai fait en sorte de pouvoir la finaliser avant de reprendre le travail, parce que je savais que ça allait être compliqué. Donc il y a aussi les contraintes personnelles qui font qu'on se tournerait vers un autre professionnel avec moins de délais ou avec d'autres disponibilités sur des créneaux qui nous conviennent plus. (Julie)

Les témoignages soulèvent cependant d'autres facteurs limitant l'utilisation des soins. En effet, pour la majorité des mamans, la priorité en post-partum est leur bébé et non leur propre santé. Les mamans qui désirent réaliser leur RP, expriment le besoin d'organiser la prise de rendez-vous en suivant le rythme du bébé et celui du reste de la famille. Aussi, les patientes apprécient que les locaux des soignants soient adaptés à la présence du nouveau-né lors des séances (tapis d'éveil, jouets...). De plus, beaucoup de femmes ont exprimé leur lassitude des soins gynécologiques et leur envie de profiter des moments avec leur nouveau-né.

Le choix de la réalisation ou non et du thérapeute serait également orienté en fonction du prescripteur (très souvent le gynécologue lors de la visite post-natale). Certaines femmes

déplorent également le manque de collaboration professionnelle entre les différents soignants (lien limité entre la maternité et les soins en cabinet libéral), qui peut parfois être délétère à la prise en charge si certaines informations ne sont pas transmises par exemple.

III.3 ANALYSE DES ENTRETIENS (QUEBEC)

III.3.1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

Dix professionnels ont accepté de participer au projet. Les entrevues ont duré de 28 à 50 minutes, et ont été réalisées au CIRRIS, par téléphone ou par appel vidéo.

	Profession	Affiliation	Remarques
Participant 1	Physiothérapeute Chercheuse	Cabinet privé Laboratoire de recherche	Entrevue en présentiel
Participant 2	Chercheuse	Laboratoire de recherche	
Participant 3	Physiothérapeute	Cabinet privé	
Participant 4	Sage-femme	Maison de naissance	Entrevue en présentiel
Participant 5	Médecin de famille accoucheur Cheffe de service de périnatalité Professeure de clinique	Groupe de Médecine de Famille (GMF) Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Université	
Participant 6	Physiothérapeute	CHU (obstétrique 3j/semaine)	
Participant 7	Physiothérapeute	CHU	
Participant 8	Physiothérapeute Chercheuse	Laboratoire de recherche	
Participant 9	Médecin de famille accoucheur	GMF	Homme
Participant 10	Obstétricienne accoucheuse spécialisée en grossesse à risque	CHU	Appel vidéo

Tableau 14 - Description des participants aux entretiens québécois

III.3.2 ANALYSE QUALITATIVE : ACCES AUX SERVICES DE RP EN POST-PARTUM AU QUEBEC

L'objectif des entretiens québécois était de comprendre l'état actuel de l'accès aux services de RP en post-partum au Québec ainsi que les facteurs limitant et facilitant leur utilisation (objectif 3).

Au regard du codage, trois thèmes principaux ressortent des entretiens. La démarche de regroupement des codes pour chaque thème est présentée dans les tableaux 15, 16 et 17.

Le détail des codes créés dans 3 catégories (facteurs liés aux femmes, aux professionnels, à l'organisation des soins et au système réglementaire) est en annexe 15.

III.3.2.1 UNE HETEROGENEITE DE L'OFFRE DE SERVICE

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Une hétérogénéité de l'offre de service	Symptômes Référents Formation des professionnels Nature des interventions Accessibilité Parcours Organisation des services Temps Coût	L'offre de service au Québec est inégale selon divers facteurs. On retrouve néanmoins un service privé trop couteux et un service public trop réduit sur la majorité du territoire.

Tableau 15 - Présentation du thème 1 (entretiens Québec)

L'offre de service de RP au Québec présente de grandes disparités qui ne nous permettent pas de décrire le parcours type d'une femme en post-partum. En effet, l'orientation des femmes vers les services de RP dépend de la présence de professionnels spécialisés dans la région d'habitation des femmes, de leur lieu d'accouchement (hôpital, maison de naissance, domicile) ou encore des professionnels les ayant accompagnées lors de la grossesse et de l'accouchement (SF, gynécologue-obstétricien, médecin de famille).

Les professionnels ayant témoigné reviennent d'abord sur le suivi de grossesse réalisé par le CLSC. Ils précisent qu'à la suite de celui-ci, une infirmière de cette organisation réalise un suivi dans les 48h après l'accouchement (visite à domicile ou rendez-vous au CLSC). Le rôle de l'infirmière du CLSC en pré-partum comme en post-partum est par exemple de détecter les patientes vulnérables pour leur offrir un accès à des programmes d'aides tels que les Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance (SIPPE). Cette visite est également l'occasion pour les infirmières d'identifier la présence de facteurs de risques psycho-sociaux. Les professionnels de santé interrogés déplorent cependant que l'éducation autour de la RP ne fasse pas l'objet des services proposés par le CLSC, aussi bien lors du suivi de grossesse que pendant la visite en post-partum.

Beaucoup des femmes qui consultent après leur premier accouchement disent, «Ah pourquoi ils n'ont pas parlé de ça dans les cours prénataux? » [...] Mais il y a tellement de choses à dire que [les infirmières du CLSC] ne peuvent pas aborder ça. [...] Mais il y a une certaine déception de la part des femmes que, « ah bien avoir su, j'aurais été plus vigilante, j'aurais commencé avant, j'aurais commencé plus tôt ». Donc on entend ça énormément. (Professionnel 1)

Les femmes ayant eu des complications à l'accouchement ou en post-partum immédiat (déchirure du 3^e ou 4^e degré, accouchement difficile, hématomes vaginaux ou vulvaires par exemple) sont, selon les professionnels ayant témoignés, référées directement vers un physiothérapeute pour réaliser de la RP à l'hôpital. Cette offre publique, et donc gratuite, est néanmoins limitée et une liste d'attente de plusieurs mois est exprimée dans les témoignages. D'autres symptômes (fuites urinaires, dyspareunies, sensation de pesanteur...) peuvent également être dépistés lors de la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement), réalisée par la SF, le gynécologue-obstétricien ou le médecin de famille qui s'occupe du suivi de la patiente.

Ainsi, les femmes souhaitant réaliser de la RP à la suite de symptômes apparus en post-partum ou à titre préventif, doivent se tourner vers les services privés. Jusqu'à leur visite post-natale elles peuvent donc être orientées par leur SF, leur gynécologue ou leur médecin de famille. Elles peuvent également consulter un physiothérapeute en accès direct. Les physiothérapeutes spécialisés en RP semblent de plus en plus nombreux, néanmoins les entretiens laissent paraître une iniquité dans l'accessibilité à ceux-ci selon les régions. De plus, le coût des séances est un frein majeur pour la réalisation de la RP selon les

professionnels. En effet, les femmes doivent débourser environ une centaine de dollars par séance, si leur assurance ne prend pas en charge une partie du coût de celle-ci. C'est pourquoi, beaucoup de femmes réalisant la RP se verrait contraintes de limiter le nombre de séances lorsqu'elles choisissent de consulter un physiothérapeute.

Les professionnels de santé rapportent également d'autres problèmes en lien avec l'hétérogénéité des services. Parmi eux, les femmes n'ont pas toujours de professionnels à qui rapporter leurs symptômes. En effet, les femmes sont suivies jusqu'à la visite post-natale et se retrouvent ensuite parfois seules si leurs symptômes surviennent au-delà des 2 mois post-partum. Toutes les québécoises n'auraient pas un médecin de famille attitré, qui pourrait ensuite les référer vers un physiothérapeute spécialisé. Les femmes ne semblent donc pas toujours savoir vers qui se tourner pour traiter les problèmes d'incontinences ou de dyspareunies par exemple. Certaines physiothérapeutes ont témoigné avoir pris en charge des patientes ayant consulté plusieurs spécialistes (gynécologues, urologues...) avant d'être référées vers elles.

Tu sais, même moi comme médecin dans le système, je ne comprends pas toujours le système, je ne sais pas où aller puis qui appeler. Ça veut dire que la patiente elle, ne le sait sûrement pas non plus. Alors je trouve que le système est vraiment d'une grande complexité. [...] Surprenamment même quand tu es en plein milieu du système, des fois tu ne sais pas trop comment est organisé le système. C'est un peu un casse-tête quand même. (Professionnelle 10)

III.3.2.2 UNE COMMUNICATION EN COURS DE DEVELOPPEMENT

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Une communication en cours de développement	Information/vulgarisation Collaboration interprofessionnelle Connaissances des femmes Tabou Connaissances des professionnels Entourage	La RP est un sujet encore tabou au Québec, pour lequel une communication plus importante est nécessaire.

Tableau 16 - Présentation du thème 2 (entretiens Québec)

La communication autour de la RP est un facteur majeur limitant l'accès aux soins selon les professionnels. Ils expriment d'abord le fait que la RP soit une rééducation intime et encore taboue pour les femmes. Pour certains, les femmes peuvent s'appuyer sur leur entourage pour leur demander conseil mais pour d'autres, les femmes n'échangent pas toujours avec leurs proches car elles sont gênées d'en parler. Ensuite, les professionnels de la santé référents (médecins, gynécologues, urologues...) ne sont pas toujours au courant des recommandations concernant la RP. Ceux-ci ne sont donc pas toujours en capacité de renseigner et/ou référer les femmes lorsque le besoin se présente.

C'est encore un domaine qui est peu connu de la physiothérapie. Puis les médecins ne savent pas toujours en fait que ça existe, ne savent pas qu'on peut aider ces problématiques-là. Ça fait qu'il y a beaucoup d'éducation à faire au niveau des médecins. C'est sûr, les gynéco-obstétriques nous connaissent un peu mieux, mais encore là il y a une offre de disponibilité de services. Même le curatif ce n'est pas évident je vous avouerais. (Professionnelle 3)

Aussi, les femmes ne semblent, pour la majorité, pas être au courant des possibilités de rééducation. Plusieurs professionnels ont pris en exemple les publicités diffusées à la télévision, qui banalisent les fuites urinaires et n'encourageraient donc pas les femmes à en parler à des professionnels.

Je trouve que c'est vraiment une problématique qui est encore très taboue, qu'on n'ose pas discuter ouvertement. Puis c'est une problématique qu'on peut facilement gérer autrement. [...] On a beaucoup des compagnies qui se sont spécialisées justement dans les protections pour pertes urinaires, entre autres. [...] Il y a beaucoup plus d'annonces à la télévision pour promouvoir ces produits-là que d'annonces pour promouvoir que ça peut se guérir. Donc les femmes, ce qu'elles ont comme discours, c'est que c'est normal après la ménopause d'avoir des pertes urinaires, puis si ça arrive, on porte des protections [...]. C'est sûr que dans ce contexte-là, moi non plus je ne serais pas portée d'aller en parler ouvertement au médecin ou à d'autres professionnels. Je pense qu'il y a beaucoup d'éducation à faire, oui aux professionnels de la santé, mais aussi populationnelle. (Professionnelle 3)

Pour celles qui souhaitent consulter, il paraît parfois difficile de savoir vers quel professionnel se tourner et cela s'accentuerait par le fait que tous les professionnels ne soient pas nécessairement au courant des possibilités de RP. La majorité des femmes auraient donc tendance à consulter un médecin de famille. Cependant si elles n'en ont pas, elles

consulteraient donc un médecin sans rendez-vous qui pourrait alors les référer en physiothérapie. Les entretiens soulignent néanmoins le fait que, considérant la difficulté des femmes à parler de leurs symptômes à leur médecin de famille, il peut être encore plus difficile de les évoquer à un médecin que l'on ne connaît pas.

A la base elles ne savent pas que c'est souvent un problème qui doit être abordé par la physio. Elles ne peuvent pas deviner ça, elles ne peuvent pas savoir ça parce qu'il n'y a pas tant de campagne, d'enseignement ou d'informations. [...] Comme il n'y a pas de programme préventif de physio, elles ne savent pas nécessairement c'est quoi le problème. (Professionnelle 5)

Enfin, les témoignages recueillis lors des entretiens laissent paraître que la collaboration interprofessionnelle pourrait être à développer. En effet, l'offre de service de RP étant majoritairement privée, les différents professionnels (référents et rééducateurs) ne se connaîtraient pas toujours et n'échangentraient pas souvent concernant leurs patientes. Ceci pourrait avoir un impact sur la connaissance des compétences de chacun et donc nuire à une meilleure orientation des patientes. La collaboration interprofessionnelle pourrait notamment permettre une meilleure éducation des femmes concernant l'importance de la RP. Certains professionnels semblent déjà l'avoir compris et organisent des groupes multidisciplinaires dans le secteur privé afin de prendre en charge au mieux les patientes. Des freins à une telle collaboration sont néanmoins exprimés lors des entretiens. Effectivement, la collaboration interprofessionnelle peut être chronophage (écriture de rapports, e-mails, appels téléphoniques...) et n'est pas rémunérée en plus de la séance, ce qui n'encouragerait pas les professionnels du secteur privé (médecins, spécialistes, physiothérapeutes...) à communiquer entre eux.

III.3.2.3 DES PISTES D'AMELIORATION POUR FAVORISER L'UTILISATION DES SERVICES ET LIMITER LES CONSEQUENCES DE LA NON-REALISATION DE LA RP

THEME	CODES PRINCIPAUX	DESCRIPTION
Des pistes d'amélioration pour favoriser l'utilisation des services et limiter les conséquences de la non-réalisation de la RP	Pistes d'améliorations	Les professionnels montrent un intérêt particulier au développement de la RP et de son accès au Québec. En effet, la non-réalisation de celle-ci peut avoir un impact.
	Conséquences	
	France	
	Triage	
	Preuves scientifiques	Voici les pistes d'amélioration envisagées par les professionnels de santé
	Coût	

Tableau 17 - Présentation du thème 3 (entretiens Québec)

Les bénéfices de la RP ne font pas de doute pour les professionnels interrogés.

Ils expriment que les études montrent l'efficacité de la RP, et ce, même à long terme. Les femmes ne réalisant pas de RP se retrouvent avec des complications plus importantes et plus difficiles à traiter après la ménopause. Outre le traitement des symptômes, la RP aurait également un rôle important à jouer pour permettre à la femme de se réapproprier son corps, retrouver confiance en elle ou encore reprendre une activité physique. Selon les professionnels de santé, la RP aurait également un impact sur le réseau de santé. En effet, la prévention et correction des symptômes limiteraient le nombre de consultations chez des spécialistes et les chirurgies à long terme (pose de bandelettes par exemple), qui engendrent des coûts non négligeables. Pour les professionnels, l'offre de RP permet un service de qualité mais dont l'accès est malheureusement encore largement insuffisant. Pour favoriser l'utilisation de ces services, ils ont formulé plusieurs pistes d'amélioration.

Leur idée principale serait d'axer sur la communication. D'abord une éducation envers les femmes en les sensibilisant dès la grossesse (cours prénataux, consultation de grossesse...) pour permettre une meilleure prévention. Une rencontre avec un physiothérapeute pendant la grossesse serait une piste pour permettre une éducation sur l'importance de la RP même si la patiente ne présente pas de symptômes. L'éducation en post-partum pourrait également être

amplifiée dès la suite de l'accouchement (RP sur ordonnance de sortie par exemple) et par la suite avec des ateliers post-partum ou des interventions en groupe, permettant au passage de favoriser l'échange avec les autres mamans.

Une éducation auprès des professionnels serait également importante pour faire connaître les bénéfices de la RP et permettre une meilleure orientation des femmes. L'éducation des professionnels ne semble cependant pas suffisante si les femmes n'ont pas été sensibilisées à l'importance de la RP.

Il faut conscientiser la femme que c'est un problème sur lequel on peut travailler, puis qu'il faut en parler, puis qu'il faut demander de l'aide. J'ai beau former tous mes médecins, si les femmes ne parlent pas de cette problématique-là le médecin ne peut pas référer non plus. (Professionnelle 3)

Pour beaucoup de professionnels interrogés, au moins une rencontre avec un physiothérapeute serait nécessaire afin de faire un bilan et dépister certains symptômes en post-partum. D'autres orienteraient uniquement les femmes à risque et souhaiteraient qu'un système de triage des femmes soit mis en place.

D'une manière générale, les témoignages traduisent le fait que l'offre de service en RP est encore trop limitée, et ce notamment dans le secteur public. Une demande déjà importante de l'offre de service musculo-squelettique ne permettrait pas à certains physiothérapeutes spécialisés en RP de consacrer autant de temps aux femmes en post-partum. Ces physiothérapeutes souhaiteraient plus de temps dédié à cette population. Cependant, ils ont conscience que cela nécessiterait un budget plus important pour l'hôpital. Pour certains, il serait important de former plus de physiothérapeutes en RP pour l'offre de service privée également car celle-ci ne serait pas homogène sur tout le territoire.

Les professionnels interrogés ont souvent pris en exemple le système français de par sa gratuité pour les femmes. Ils estiment que si la RAMQ remboursait un nombre de séances ou un pourcentage du prix de celles-ci, cela permettrait l'accès aux soins à plus de femmes. Pour cause, certains professionnels disent ne pas pouvoir référer les femmes les plus démunies en RP.

Au regard des entretiens, nous pouvons également constater que les femmes semblent se retrouver un peu seule une fois le suivi post-partum des SF terminé. De

plus, les symptômes ne pourraient pas toujours être dépistés dans ces 6 premières semaines post-partum et limiteraient donc le nombre de consultations.

Si la prise en charge post-natale est plus longue que six semaines, déjà ça serait aidant. Parce que ça nous permettrait de dépister peut-être d'autres problématiques peut-être qui ne se sont pas encore installées aussi. Puis dans les six semaines, on a beaucoup de choses à faire. Entre autres avec l'allaitement, suivi de poids du bébé, déjà plein de facteurs à regarder, ça fait que des fois peut-être que ce qui est moins urgent, on ne le voit pas. Donc [si on avait un suivi plus long] ça nous permettrait de pouvoir couvrir d'autres sujets, d'autres aspects, puis là de mieux référer aussi. (Professionnelle 4)

Enfin, une autre piste d'amélioration serait d'avoir une personne pivot dédiée à faire le lien entre les différents professionnels. Cette personne aurait pour but de faciliter la transmission d'informations et permettre ainsi une prise en charge la plus optimale possible.

Comme je vous disais, [ce serait bien] d'avoir quelqu'un qui est pivot. Ça serait vraiment son rôle de s'assurer de la trajectoire des patientes, finalement. Parce que dans le fond, moi je trouve que j'ai une vision parcellaire de ce qui arrive à mes patientes, puis j'ai peu de moyens. Je veux dire aussi le temps, dans le sens que moi j'ai mes tâches spécialisées à accomplir. Mais s'il y avait quelqu'un de qui c'était justement le travail d'accompagner les patientes au long cours, bien ça aiderait. (Professionnelle 10)

IV. DISCUSSION

IV.1 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce travail, notre objectif principal était de décrire les parcours de soins des femmes en post-partum en France et au Québec. Pour cela nous voulions : **1) documenter la proportion des femmes qui réalisent de la RP en France et vers quel professionnel de la santé elles sont orientées, 2) comprendre les choix et les attentes des femmes et leur utilisation des services de RP en post-partum dans le contexte de l'organisation des soins en France, 3) comprendre l'état actuel de l'accès aux services en post-partum au Québec ainsi que les facteurs limitant et facilitant leur utilisation.**

IV.1.1 CHOIX ET ATTENTES DES FEMMES

Nous avons pu constater que la majorité des femmes françaises réalisent leur RP auprès d'une SF. Les attentes des femmes sont principalement d'améliorer les symptômes ou de prévenir les séquelles, d'avoir une prise en charge globale et une relation de confiance avec leur thérapeute, et de pouvoir faire des choix éclairés dans une prise en charge active grâce aux explications des professionnels de santé. Aussi, concernant la nature de la prise en charge nous souhaitons porter attention sur l'importance d'un accompagnement total des femmes tout au long de la rééducation. Lors des entretiens, les femmes ont pu exprimer leur ressenti et bien qu'aucune technique ne soit privilégiée pour elles, toutes semblent néanmoins d'accord pour dire que la présence d'un professionnel est nécessaire lors des séances. En se retrouvant délaissées dans une salle, elles ne peuvent pas échanger avec le thérapeute et se sentent abandonnées dans leur rééducation. De plus, un manque de communication entre les professionnels, pouvant nuire à leur traitement, a été exprimé par les femmes. Nous pouvons noter que la mise en place récente du Dossier Médical Partagé (DMP) informatisé n'a pas été prise en compte et pourra être un facilitateur du partage d'informations dans la collaboration interprofessionnelle (122).

A travers les réponses obtenues au questionnaire, nous avons pu voir que la réalisation de la RP par les femmes semblait être en lien avec l'âge, la région habitée et le fait d'habiter à moins de 30 km d'une ville de plus de 50 000 habitants. Il nous semble d'abord important de nuancer les résultats liés à l'âge ($X = 15,486$ et $p = 0,0004$). L'influence de l'âge sur les choix des femmes est potentiellement biaisée par les tranches d'âge qui leur étaient proposées. Les questions permettaient en effet de savoir à quelle tranche d'âge la femme appartenait en remplissant le questionnaire et non au moment de sa RP. Le nombre de femmes dans chaque catégorie peut donc être biaisé si certaines femmes changeaient de catégorie entre le moment où elles réalisaient leur RP et le moment où elles remplissaient le questionnaire. Concernant la région habitée ($X = 11,216$; $p = 0,047$), un biais peut également être présent car les femmes peuvent avoir déménagé depuis la réalisation de leur RP ou l'avoir réalisé dans une région différente de celle de leur lieu d'habitation. Enfin, pour le lien entre la réalisation de la RP et le fait d'habiter à moins de 30 km d'une ville de plus de 50 000 habitants ($X = 8,742$; $p = 0,0031$), nous pourrions supposer que les femmes n'ayant pas de professionnels de santé à proximité ne se déplacent pas pour réaliser leur RP. Cependant, là encore, nous ne pouvons pas être certains qu'aucun biais n'est présent. Les femmes peuvent très bien avoir surestimé ou sous-estimé le nombre d'habitants des villes ainsi que leur distance réelle.

D'autres statistiques ne semblaient pas montrer de liens significatifs permettant de répondre à l'objectif 2. Cependant, nous pouvons observer certaines tendances sur plusieurs variables comme l'âge des femmes et le choix du professionnel ($X = 9,416$; $p = 0,0515$) ou encore le fait d'avoir déjà consulté un MK et le choix du thérapeute pour la RP ($X = 5,803$; $p = 0,055$). La valeur p étant proche de 0,05, il serait intéressant d'investiguer ces liens avec plus de participantes et en limitant les biais, pour statuer sur la présence ou non d'un lien statistiquement significatif ou non. Il en est de même pour le lien entre la CSP et la réalisation ou non de la RP ($X = 13,946$; $p = 0,052$ avec la correction de Yates). Il a été montré que les connaissances des femmes sur leur périnée restent incomplètes (5). Dans cette optique il serait intéressant de rechercher plus précisément ce potentiel lien pour confirmer ou infirmer le fait que les femmes ayant eu une formation en santé sont influencées par leurs connaissances dans la réalisation de la RP en post-partum. Enfin, une tendance pouvait également être observée entre le fait d'habiter à moins de 30 km d'une ville de plus de 50 000 habitants et le choix du thérapeute ($X = 5,945$; $p = 0,051$). Selon le rapport du CNOMK, la moyenne du nombre de MK pour 10 000 habitants est de 12,14 en 2017. Ce chiffre, variant

entre 8,3 et 19,2 selon les régions, témoigne de la disparité de l'offre de service (60). Du côté des SF, on comptait en 2014, 141 professionnels pour 100 000 habitants, soit 2 professionnels de plus que les MK pour 10 000 habitants. Le CNOSF ne précise pas leur répartition précise en fonction des régions mais on devine une inégalité de répartition des professionnels, notamment liée à leurs différents modes d'exercices (116). Au regard de ces informations et des résultats exposés, nous pourrions donc supposer que les femmes ont tendance à choisir les professionnels en fonction de leur proximité. Un plus grand nombre de réponses serait nécessaire pour affiner ce résultat.

IV.1.2 UTILISATION DES SERVICES EN FRANCE ET AU QUEBEC

Les services de soins français et québécois se distinguent principalement par le coût de la réalisation de la RP, qui est un facteur limitant majeur pour les Québécoises dans la réalisation de celle-ci. Les tarifs des séances de physiothérapie ne sont pas imposés aux physiothérapeutes exerçant dans le service privé. Ceux-ci peuvent donc appliquer les tarifs qu'ils souhaitent. Il est à noter que des assurances privées peuvent prendre en charge une partie des frais associés à la physiothérapie mais sont en droit d'exiger une prescription (123). Néanmoins, quel que soit le coût des séances fixé par les physiothérapeutes, les services de RP en post-partum ne font pas partie des services essentiels remboursés dans l'organisation de santé québécoise actuelle. Ceci contraste avec le suivi en pré-partum, qui lui est remboursé par la RAMQ, ainsi qu'avec le système français qui prévoit une prise en charge à 100% des séances de RP par la Sécurité sociale (47,113). Il ressort également des entretiens québécois la pertinence de la réalisation d'une étude coût-efficacité de la RP. Si celle-ci permet d'éviter de nombreuses consultations et chirurgies à long terme, les budgets qui sont consacrés à la RP pourraient être révisés et ainsi permettre une utilisation plus importante des services de RP. Il en est de même pour la RP réalisée en pré-partum en prévention qui pourrait réduire les dépenses liées à la RP en post-partum.

Concernant l'accessibilité des professionnels, la question du choix du professionnel ne se pose pas au Québec, étant donné que seuls les physiothérapeutes réalisent de la RP. Néanmoins, comme en France, des problèmes de délais semblent s'observer. Il nous semble important de nuancer les résultats sur l'accessibilité géographique impactant ces délais en France. En considérant les témoignages des françaises, nous pouvons supposer que le nombre

de professionnels réalisant de la RP est suffisant pour répondre à la demande. Nous pensons néanmoins que ces résultats sont à modérer car la majorité des femmes ayant témoigné habitaient dans une grande ville avec des professionnels de santé accessibles, ce qui ne semble pas représentatif de la population et de l'offre de service. En effet, le CNOMK déplore une disparité du nombre de professionnels entre les villes et les campagnes, ce qui ne permettrait donc pas une homogénéité de l'offre proposée aux femmes (112). Cette même disparité des professionnels en fonction des régions est évoquée pour les SF (116). Ceci est à prendre en considération avec l'irrégularité de la démographie sur le territoire (124). L'offre de service est donc variable en fonction des régions et fait face à une demande plus ou moins importante. Le livre blanc de l'accès aux services de physiothérapie au Québec témoigne également des délais d'attente retrouvés outre-Atlantique (76). Le constat est donc similaire entre les deux territoires.

Bien que de plus en plus connue dans les deux pays, la RP reste encore taboue pour beaucoup de femmes et son importance semble sous-estimée. Il a été montré aux Etats-Unis en 2015, que les femmes mettent en moyenne 7 ans avant de parler de leurs fuites urinaires à un médecin (125). L'information des femmes est donc un levier majeur sur lequel agir pour augmenter la prévalence de la réalisation de la RP en France comme au Québec. Le CNOMK semble bien l'avoir compris, comme le montre la campagne de sensibilisation nationale sur la RP qui est sortie en mars 2017 en partenariat avec l'ARREP et la SIREPP (126). L'équivalent Québécois ne semble pas avoir été développé pour l'instant pour informer la population de l'importance de la réalisation de la RP. Néanmoins, le site de l'OPPQ consacre une page pour lutter contre les fausses croyances en RP (127).

IV.2 LIMITES

Cette étude comporte quelques limites pour chacune des parties.

En ce qui concerne le questionnaire, nous pouvons d'abord observer des biais de sélection. En effet, le recrutement via Facebook ne permet pas d'être représentatif de la population globale. De plus, un e-mail a été envoyé à toutes les SF mais nous n'avons pas pu en faire de même avec les MK. Nous pouvons donc penser que le fort taux de femmes ayant

consulté une SF est induit par le fait que nous avons ciblé plus de patientes provenant des SF. Cependant, si nous incluons uniquement sur les autres canaux de diffusion, (Facebook, forums de mamans, bouche à oreille...), nous pouvons observer un pourcentage similaire de femmes ayant consulté une SF. De même, la diffusion du questionnaire a entraîné un fort nombre de réponses provenant des SF directement. Pour limiter ce biais, il est également possible de filtrer les réponses avec la question « Travaillez-vous dans le domaine de la santé ? ». De plus, nous pouvons supposer que les femmes ayant réalisé de la RP étaient plus sujettes à remplir le questionnaire car elles se sentaient plus concernées que celles qui n'en avaient pas fait. Cela a pu également augmenter le pourcentage de femmes ayant réalisé de la RP.

Ensuite, l'enquête par questionnaire implique des biais directement liés à sa forme. En effet, dans une question à choix multiple, la répondante peut cocher des réponses au hasard par manque de temps ou si aucune réponse ne lui convient par exemple. Ce biais a été limité en permettant à la répondante de s'exprimer plus librement en utilisant la réponse « Autre » ou « Je ne souhaite pas répondre ». Certaines questions peuvent également être mal comprises par les participantes. La relecture et les tests réalisés avant la diffusion du questionnaire ont réduit ce risque. De plus, nous avons tenté de limiter le nombre d'erreurs de réponses en les rejetant lorsque celles-ci étaient identifiables (réponses libres). Enfin, les participantes savaient que le questionnaire avait été réalisé par une étudiante en kinésithérapie, ce qui pouvait créer un biais en faveur des MK. Cependant, les questions ont été formulées de manière à limiter tout corporatisme.

La formulation de certaines questions a pu déstabiliser les répondantes. D'abord concernant les catégories d'âges proposées dans la première question : « Une femme entre 15 et 25 ans », « Une femme entre 25 et 40 ans » et « Une femme ayant 40 ans révolus ». Nous pouvons penser qu'une femme de 25 ans aurait pu cocher l'une ou l'autre des deux premières propositions. Il aurait été préférable d'inscrire « Une femme entre 15 et 24 ans » pour limiter toute confusion. Néanmoins, nous pensons que les femmes ayant 25 ans révolus ont coché la deuxième proposition. Aussi, concernant la région habitée (question 4), la catégorie « Autres » était proposée. Cependant toutes les régions de France étaient inscrites dans les propositions. Nous pouvons donc penser que les 11 personnes ayant coché « Autres » n'étaient pas françaises et aurait donc dû être exclues de l'étude. Toutefois, il est également

possible que certaines femmes aient coché « Autres » pour d'autres raisons (françaises habitant à l'étranger, déménagement en cours et changement de région, erreur de réponse...).

Pour ce qui est de l'analyse des résultats du questionnaire, plusieurs tests statistiques ont été réalisés, ce qui a augmenté les chances de trouver un lien significatif entre certaines variables. Néanmoins seules 2 variables (réalisation de la RP et choix du professionnel) ont été comparées aux caractéristiques des participantes.

Les entretiens comportent également leurs limites. Il faut garder à l'esprit que l'analyse et le codage des entretiens sont subjectifs. Cependant, des reformulations étaient présentes afin de s'assurer de la bonne compréhension des propos des participants. De plus, le codage est fait par la personne ayant réalisé tous les entretiens, il est donc difficile de rester totalement « neutre » vis-à-vis des réponses d'un participant. Pour cela nous nous sommes attachés à ne pas influencer les propos des participants dans nos reformulations. Enfin, il est nécessaire de préciser que la fréquence d'utilisation d'un code n'est pas corrélée à son importance pour les sujets. Un paragraphe peut être codé pour exprimer que le thème n'a pas influencé le choix des femmes par exemple. Ces biais potentiels sont toutefois inhérents à la recherche qualitative.

Dans l'idéal il aurait fallu interroger toutes les personnes concernées (patientes et professionnels) dans les deux territoires. Cela n'était pas réalisable dans le temps imparti mais cela est cependant contrebalancé par le fait que les entretiens français et québécois se complètent. De plus, deux SF ont témoigné en France, permettant d'inclure une vision plus professionnelle dans leur entretien, et certaines participantes québécoises étaient également mamans et ont pu être influencées par leur expérience personnelle dans leurs réponses. Concernant les professionnels interrogés au Québec, il aurait été pertinent de réaliser un entretien avec une infirmière d'un CLSC, car ces soignants semblent être des acteurs majeurs dans la prise en charge en post-partum outre-Atlantique. Néanmoins, cela n'a pas été possible pour des raisons temporelles et des contraintes liées à la crise sanitaire induite par le Covid-19. Il est également important de souligner le fait que les entretiens n'exposent l'avis que de 10 professionnels. Ceux-ci sont tous concernés par la RP. Le discours d'autres professionnels serait peut-être différent et/ou ferait ressortir d'autres points de vue importants. Cependant, les professionnels ayant témoigné ont des parcours assez variés permettant d'avoir une vision assez générale de l'accès aux services de RP au Québec.

L'enregistrement des entretiens s'est fait en audio uniquement, ce qui ne donne pas d'informations sur la communication non verbale de la personne. En effet, il aurait pu être intéressant de la prendre en compte car la communication verbale ne représente que 7% du message que nous voulons transmettre (128). Néanmoins, nous pensons que les femmes étaient plus à l'aise de parler de ce sujet encore tabou par téléphone qu'en présentiel ou par appel vidéo. Au niveau du recrutement des participantes, nous avions plus de femmes ayant consulté une SF qu'un MK. Néanmoins, cela correspond au pourcentage observé dans les réponses au questionnaire. Afin de comprendre plus précisément les freins à la réalisation de la RP, il aurait pu être intéressant de réaliser un entretien avec une femme n'ayant pas réalisé cette rééducation. Ce point a cependant fait l'objet d'une question dans le questionnaire.

A la lumière des entretiens, il aurait également pu être intéressant de mettre en parallèle les proportions de réalisation de la RP au Québec par rapport à celles de la France en considérant les deux organisations de soins de santé. Pour ce faire, la diffusion et l'analyse d'un questionnaire adapté pour le Québec aurait été nécessaire mais trop chronophage dans le cadre de cette étude.

IV.3 IMPLICATIONS CLINIQUES, PERSPECTIVES ET OUVERTURES

Cette étude donne des pistes à prendre en compte dans une visée d'amélioration du parcours de soins des femmes en post-partum. D'abord au sein de la séance de RP en elle-même, le questionnaire et les entretiens français ont révélé l'importance d'une prise en charge bio-psycho-sociale par les MK ou les SF. Mais aussi concernant la communication qui doit lutter contre les tabous encore présents dans les sociétés françaises et québécoises.

Les problèmes d'accès aux soins de RP en post-partum exposés dans cette enquête, et notamment de délais d'attente, sont le reflet de l'offre de kinésithérapie et de physiothérapie globale en France et au Québec (76,112). L'étude de Deslauriers et al. en 2017, fait état des délais d'attente et de l'accès limité à la physiothérapie publique pour les problèmes musculo-squelettiques. Ces deux facteurs créent donc un engorgement pouvant limiter l'accès aux autres soins tels que la RP. Comme les professionnels l'ont d'ailleurs suggéré dans les entretiens, cette étude préconise un processus de triage des patients pour permettre de réduire les délais d'attente (129). Il n'existe à ce jour pas de système de triage recommandé pour la

RP en France ou Québec mais celui-ci pourrait faciliter l'orientation des femmes dans l'utilisation des services qui leur sont proposés.

L'incontinence urinaire est une conséquence possible de la grossesse et de l'accouchement pouvant apparaître à plus ou moins long terme. Chez les personnes âgées, elle peut, au-delà d'affecter la qualité de vie, entraîner des risques de chute (130,131). Ajouté à cela, ce symptôme est une des raisons principales d'admission en soins longue durée au Canada, faisant de l'incontinence urinaire un réel problème de santé publique (132). Au regard de la littérature, l'utilisation des services en RP semble donc primordiale pour prévenir les conséquences à long terme.

Pour ce faire, la communication autour de la période du post-partum semble peu à peu se développer pour limiter le caractère tabou qui y est associé. Nous avons par exemple pu voir l'apparition du *#monpostpartum* sur les réseaux sociaux au début de l'année 2020 (133). De même, des podcasts, comme *La Matrescence* créée par Clémentine Sarlat, journaliste sportive, démocratisent cette période et limitent les idées reçues qui y sont associées (134).

Pour faire face à la pandémie de Covid-19, les MK sont, selon l'arrêté du 16 avril 2020, autorisés à réaliser des actes de télésoins. Celui-ci inclut notamment la rééducation abdominale du post-partum, ce qui permet de faciliter l'accès à une partie de la rééducation proposée aux femmes en post-partum en période de confinement (135).

IV.4 CONCLUSION

Nous avons donc montré que 82,2% des femmes françaises réalisent leur RP. Parmi elles, 79,7% se tournent vers une SF, 11,5% vers un MK et 8,8% vers les deux professionnels. Les femmes semblent attendre une prise en charge bio-psycho-sociale lors de leur RP. La communication se doit d'être plus importante de la part des professionnels de santé pour leur permettre de faire des choix éclairés lors de cette rééducation. Au Québec, le coût des séances est un frein majeur à la réalisation de la RP. Tout comme en France, cette rééducation y est encore taboue et l'éducation des patientes comme des professionnels de santé paraissent nécessaires pour favoriser une prise en charge optimale. Les professionnels québécois souhaiteraient pouvoir établir un système de triage permettant aux femmes à risque de pouvoir être examinées en post-partum.

Cette étude permet donc d'offrir un état des lieux aux professionnels afin d'adapter leur prise en charge aux attentes des femmes.

Ce projet m'a permis d'obtenir une expertise concernant les besoins et les attentes des femmes dans leur prise en charge en post-partum. J'ai aussi pu découvrir les avantages et inconvénients d'un autre système de santé. Cela m'a également permis d'appréhender le processus de recherche et j'ai donc assimilé des compétences pour développer des outils d'enquête, que je serais capable de réinvestir pour d'éventuelles autres recherches ou pour améliorer ma pratique clinique.

Je pense d'ailleurs réaliser des formations continues dans le domaine de la rééducation périnéale pour développer mes compétences techniques et pouvoir mettre en pratique les connaissances que j'ai acquises tout au long de ce projet.

V. REFERENCES

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
2. Regnaux J-P, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*. oct 2009;9(94):55-61.
3. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
4. Demont A, Sautel D. Et si nous prenions le temps d'aborder plus fréquemment un sujet tabou avec nos patientes ? *Kinésithérapie, la Revue*. mai 2018;18(197):1-2.
5. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes ? *La Revue Sage-Femme*. 1 juin 2005;4(3):109-14.
6. Les deux professions de la physiothérapie [En ligne]. OPPQ. [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/les-deux-professions/>
7. [En ligne]. Naissances et taux de natalité | Insee; [cité le 28 janv 2020]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-figure1>
8. [En ligne]. Québec I de la S du. Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2009-2019; [cité le 3 oct 2019]. Disponible: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecundite/i210.htm>
9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. *Acta Endoscopica*. déc 2002;28(2):151-5.
10. [En ligne]. Larousse É. Définitions : grossesse - Dictionnaire de français Larousse; [cité le 21 janv 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395>
11. Édition professionnelle du Manuel MSD [En ligne]. Physiologie de grossesse - Gynécologie et obstétrique; [cité le 21 janv 2020]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-grossesse>
12. Université Médicale Virtuelle Francophone. Modifications physiologiques de la grossesse. 2011;36.
13. [En ligne]. Larousse É. Définitions : accouchement - Dictionnaire de français Larousse; [cité le 21 janv 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accouchement/506>

14. cours.pdf [En ligne]. [cité le 21 janv 2020]. Disponible: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/cours.pdf>
15. [En ligne]. HAS. Indications de la césarienne programmée - Recommandations de bonne pratique; 2012 [cité le 20 févr 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf
16. Post-partum. Dans: Wikipédia [En ligne]. 2020 [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Post-partum&oldid=166201306>
17. [En ligne]. Larousse É. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse; [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
18. [En ligne]. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique post-partum; [cité le 20 févr 2020]. Disponible: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
19. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Périnatalité; 21 janv 2020 [cité le 21 janv 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>
20. Serfaty A, Bréart G. Construction des connaissances, politique de santé en périnatalité et état de santé périnatale. Rev med perinat. déc 2014;6(4):210-5.
21. [En ligne]. DENTZ J-P. Anatomie et rôles du périnée; [cité le 11 nov 2019]. Disponible: <https://www.arrep.org/espace-patient/anatomie-et-roles-du-perinee.html>
22. Université Médicale Virtuelle Francophone. Anatomie du périnée féminin. 2011;20.
23. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 août 1948;56(2):238-48.
24. [En ligne]. Exercices de Kegel pour hommes et femmes - un guide étape par étape pour les Kegels - ÉDUCATION À L'INCONTINENCE URINAIRE | SANTÉ DE LA VESSIE | ASSOCIATION NATIONALE POUR LA CONTINENCE; [cité le 28 janv 2020]. Disponible: <https://www.nafc.org/kegel>
25. Pratique de la rééducation périnéale postnatale [En ligne]. REVUE GENESIS. [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.revuegenesis.fr/pratique-de-la-reeducation-perineale-postnatale/>
26. [En ligne]. POUMARAT L. Rééducation du périnée chez l'enfant; [cité le 21 févr 2020]. Disponible: <https://arrep.org/espace-patient/indications-fiches-informatives/reeducation-du-perinee-chez-l-enfant.html>
27. ANAMACaP. Conseils de kiné [En ligne]. ANAMACaP - Association du Cancer de la Prostate. [cité le 21 févr 2020]. Disponible: <https://www.anamacap.fr/effets-secondaires/troubles-de-la-continence/conseils-de-kine/>

28. Cigonia. La rééducation périnéale aux Jeux Olympiques de Rio - Cigonia | Physiothérapie [En ligne]. Cigonia | Centre d'expertise en rééducation périnéale et pédiatrique | Sherbrooke. 2016 [cité le 20 févr 2020]. Disponible: <https://cigonia.com/nouvelles/reeducation-perineale-aux-jeux-olympiques-de-rio/>
29. Figaro Santé [En ligne]. Rééducation périnéale - Qu'est-ce que la rééducation périnéale ?; [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <http://sante.lefigaro.fr/sante/femme-enceinte/reeducation-perineale/quest-ce-que-reeducation-perineale>
30. <https://www.passeportsante.net/> [En ligne]. La rééducation périnéale en questions; 11 août 2014 [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=reeducation-perineale-la-reeducation-perineale-en-quoi-ca-consiste->
31. [recos_finales_post_partum_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf) [En ligne]. [cité le 30 sept 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf
32. Gw L, A F, Lb E, S M. Social context, social abstention, and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence. *Dan Med Bull.* 1 déc 1992;39(6):565-70.
33. 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.
34. Incontinence urinaire, prolapsus et physiothérapie : la rééducation périnéale, bonne pour la santé des femmes - Faculté de médecine - Université de Montréal [En ligne]. Faculté de médecine. 2018 [cité le 5 févr 2020]. Disponible: <https://medecine.umontreal.ca/2018/10/11/incontinence-urinaire-prolapsus-et-physiotherapie-la-reeducation-perineale-bonne-pour-la-sante-des-femmes/>
35. Dumoulin C, Alewijnse D, Bo K, Hagen S, Stark D, Kampen MV, et al. Pelvic-Floor-Muscle Training Adherence: Tools, Measurements and Strategies—2011 ICS State-of-the-Science Seminar Research Paper II of IV. *Neurology and Urodynamics.* 2015;34(7):615-21.
36. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. 2018 [cité le 10 sept 2019];(10). Disponible: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub4/full?highlightAbstract=no%7Ctreatment%7Cmuscl%7Cmuscle%7Cwithdrawn%7Cpelvic%7Ctraining%7Cfloor%7Cversus%7Ctreatments%7Ctrain>
37. Weltgesundheitsorganisation, rédacteur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
38. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. CNSF - 2014.pdf.

39. [En ligne]. LARTIGUES G. Déroulement d'une rééducation du périnée; [cité le 9 janv 2020]. Disponible: <https://arrep.org/espace-patient/deroulement-d-une-seance-de-reeducation-du-perinee.html>
40. [En ligne]. Qu'est-ce qu'un PT du plancher pelvien et comment peut-on m'aider?; [cité le 28 janv 2020]. Disponible: <https://www.nafc.org/bhealth-blog/what-is-a-pelvic-floor-pt-and-how-can-one-help-me>
41. [En ligne]. La technique de Gasquet - Institut de Gasquet; [cité le 22 janv 2020]. Disponible: <https://www.degasquet.com/content/10-la-technique>
42. [En ligne]. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive; [cité le 22 janv 2020]. Disponible: <https://www.snfge.org/content/validation-dune-nouvelle-technique-de-reeducat>
43. [En ligne]. STIMED: le concept ABDO-PÉRINÉO-MG ® - Les concepts ABDO-MG® PÉRINÉO-MG®; [cité le 22 janv 2020]. Disponible: <http://www.abdo-mg.com/>
44. Portero H. Faire ou ne pas faire le stop-pipi ? Là est la question. Kinésithérapie, la Revue. mars 2006;6(51):39-41.
45. Valancogne G. Evolution des indications et des protocoles de rééducation des incontinences urinaires et fécales et des troubles de la statique pelvienne: une question d'intégration. Acta Endosc. 1 août 2004;34(4):561-81.
46. [En ligne]. Ordre des sage-femmes du Québec; [cité le 21 avr 2020]. Disponible: <https://www.osfq.org/>
47. immigrantquebec.com [En ligne]. Grossesse et accouchement au Québec; [cité le 21 avr 2020]. Disponible: <https://immigrantquebec.com/fr/reussir/famille/grossesse-accouchement>
48. [En ligne]. Grossesse : première consultation et suivi mensuel; [cité le 21 avr 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
49. INSPQ [En ligne]. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans; [cité le 21 avr 2020]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
50. [En ligne]. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes - Insee Focus - 92; [cité le 21 avr 2020]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024>
51. Code de la santé publique - Article R4127-318. Code de la santé publique.
52. Code de la santé publique - Article R4321-5. Code de la santé publique.
53. Code de la santé publique - Article R2122-3. Code de la santé publique.
54. [En ligne]. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier de presse Ma santé 2022; 18 sept 2018 [cité le 22 janv 2020]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

55. CIDJ [En ligne]. Sage-femme; [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <https://www.cidj.com/metiers/sage-femme>
56. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation [En ligne]. Bulletin Officiel n°30 - Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques; 25 août 2011 [cité le 10 janv 2020]. Disponible: //www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html
57. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
58. Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. 2011-2117 30 déc 2011.
59. [En ligne]. Membres de l'ARREP; [cité le 9 janv 2020]. Disponible: <https://arrep.org/annuaire-des-adherents/recherche/adirectory/default/10-membres-de-l-arrep.html>
60. rapport_demographie_2017.pdf [En ligne]. [cité le 16 janv 2020]. Disponible: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
61. Décret n° 2019-1126 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès au premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. 2019-1126 4 nov 2019.
62. Texte de loi - Ingénierie des études MK - Referentiel de formation Masseur-Kinésithérapeute.pdf.
63. Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
64. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.
65. Arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.
66. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
67. Code de la santé publique - Article L4321-10. Code de la santé publique.
68. [En ligne]. R. 4321-62 Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes; [cité le 10 janv 2020]. Disponible: <http://deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321-62-formation-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles/>
69. Formation continue kiné - Rééducation périnéale féminine| AFC - DPC [En ligne]. Assas Formation Continue. [cité le 15 janv 2020]. Disponible: <https://www.assasformationcontinue.com/formations-kinesitherapeute/reeducation-perineale-sante-sexuelle/reeducation-perineale-feminine/>

70. [En ligne]. Programme 2020 « École de rééducation uro-gynécologique, ano-rectale et pelvienne – Lille, Nord; [cité le 15 janv 2020]. Disponible:
<https://www.eirpp.com/programme-2020/>
71. Code des professions [En ligne]. OPPQ. [cité le 30 sept 2019]. Disponible:
<https://oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/code-des-professions/>
72. avistherapeutesreadaptationphysique.pdf [En ligne]. [cité le 30 sept 2019]. Disponible:
<https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Avis/avistherapeutesreadaptationphysique.pdf>
73. [En ligne]. C-26, r. 197 - Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique; [cité le 30 sept 2019]. Disponible:
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr>ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20197/>
74. OPPQ [En ligne]. Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec; [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/>
75. Résultats [En ligne]. OPPQ. [cité le 30 janv 2020]. Disponible:
<https://oppq.qc.ca/trouvez-un-professionnel/resultats/>
76. Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec : constats et cibles. :41.
77. Continuum baccalauréat-maîtrise en physiothérapie - École de réadaptation - Université de Montréal [En ligne]. École de réadaptation. [cité le 13 janv 2020]. Disponible:
<https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/le-continuum-baccalaureat-maitrise/>
78. [En ligne]. Agrement de l'enseignement de la physiothérapie au Canada / Physiotherapy Education Accreditation Canada; [cité le 13 janv 2020]. Disponible:
<https://peac-aepc.ca/french/accreditation/accreditation-standards.php>
79. Feuillet PhT Fiche Métier - OPPQ.pdf.
80. M. Sc. physiothérapie - École de réadaptation - Université de Montréal [En ligne]. École de réadaptation. [cité le 13 janv 2020]. Disponible:
<https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/le-continuum-baccalaureat-maitrise/msc-physiotherapie/>
81. Université Laval [En ligne]. Baccalauréat en physiothérapie (B. Pht.); [cité le 20 avr 2020]. Disponible: [/les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-physiotherapie-b-pht.html](https://les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-physiotherapie-b-pht.html)
82. Fiche-activite-reserve-C.pdf [En ligne]. [cité le 30 sept 2019]. Disponible:
<https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Fiche-activite-reserve-C.pdf>
83. Microprogramme en rééducation périnéale et pelvienne - École de réadaptation - Université de Montréal [En ligne]. École de réadaptation. [cité le 5 févr 2020]. Disponible: <https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/microprogramme-en-reeducation-perineale-et-pelvienne/>

84. Entente Québec France - ARM Québec France - devenir membre [En ligne]. OPPQ. [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/devenir-membre/entente-quebec-france/>
85. Feuillet TRP Fiche Métier - OPPQ.pdf.
86. FAQ - membres [En ligne]. OPPQ. [cité le 10 mars 2020]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/membres/faq/>
87. Number of Midwives [En ligne]. CAM ACSF. 2018 [cité le 19 févr 2020]. Disponible: <https://canadianmidwives.org/2018/08/08/midwives-per-province/>
88. [En ligne]. Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. - Code des professions; [cité le 8 janv 2020]. Disponible: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
89. Loi sur les sages-femmes [En ligne]. RLRQ c S-0.1. Disponible: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr>ShowDoc/cs/S-0.1/>
90. [En ligne]. Ordre des sage-femmes du Québec; [cité le 8 janv 2020]. Disponible: <http://www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/historique/>
91. Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels [En ligne]. RLRQ c C-26, r. 2. Disponible: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr>ShowDoc/cr/C-26,%20r.%202>
92. Formation [En ligne]. ACSF. [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://canadianmidwives.org/fr/formation-de-sage-femme/>
93. [En ligne]. Baccalauréat en pratique sage-femme - 7083 UQTR; [cité le 8 janv 2020]. Disponible: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=PGMA000:10:::NO:RP,10:P10_CD_PG_M:7083
94. [En ligne]. Document officiel : tableau de comparaison étude France - Québec.; [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.immigrer.com/faq-document-officiel-tableau-de-comparaison-etude-france-quebec/>
95. Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé, Groupe d'étude sur les cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé, Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé [En ligne]. 2015 [cité le 17 janv 2020]. Disponible: <https://www.deslibris.ca/ID/247863>
96. Parcours de soins - ARS.pdf.
97. Snapshot [En ligne]. [cité le 10 janv 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1647022/fr/mettre-en-oeuvre-et-organiser-les-parcours

98. Gouvernement.fr [En ligne]. Plan national de santé publique : la prévention pour lutter contre les inégalités de santé; [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>
99. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [En ligne]. [cité le 13 janv 2020]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
100. AQP [En ligne]. Synthèse de la Table de discussion lors du Sommet de la physiothérapie; 23 nov 2019 [cité le 13 janv 2020]. Disponible: <https://www.aqp.quebec/synthese-de-la-table-de-discussion-lors-du-sommet-de-la-physiotherapie/>
101. [En ligne]. Plan stratégique 2019-2023 - Santé et Services sociaux; [cité le 8 janv 2020]. Disponible: <https://www.msss.gouv.qc.ca/accueil/2019-12-05-0819-plan-strategique-2019-2023/>
102. [En ligne]. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier de presse - Rester en bonne santé tout au long de sa vie; 26 mars 2018 [cité le 12 avr 2020]. Disponible: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/dossier_de_presse_-_priorite Prevention_rester_en_bonne_sante_tout_au_long_de_sa_vie.pdf
103. Inserm - La science pour la santé [En ligne]. Mémoire; [cité le 4 févr 2020]. Disponible: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/memoire>
104. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2007;36(6):549-61.
105. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. Annuaire des sages-femmes libérales; [cité le 17 oct 2019]. Disponible: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairesflib>
106. [En ligne]. QUESTIONNAIRE / ENQUÊTE – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes; [cité le 17 oct 2019]. Disponible: <http://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant-2/questionnaire-enquete/>
107. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
108. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90.
109. [En ligne]. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ? | CNIL; [cité le 7 oct 2019]. Disponible: <https://www.cnil.fr/fr/conformite-rgpd-comment-recueillir-le-consentement-des-personnes>

110. [En ligne]. Formulaires du CÉR sectoriel en réadaptation et intégration sociale | CIUSSSCN; [cité le 29 janv 2020]. Disponible: <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/mission-universitaire/recherche/ethique-recherche/readaptation-integration/formulaires>
111. Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires. La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques. gaëtan morin éditeur; 1997.
112. [En ligne]. CNOMK. Rapport démographie des kinésithérapeutes; 2017 [cité le 14 oct 2019]. Disponible: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
113. [En ligne]. Après l'accouchement : le retour à la maison | ameli.fr | Assuré; [cité le 11 nov 2019]. Disponible: <https://www.ameli.fr/jura/assure/sante/themes/accouplement-nouveau-ne/suivi-domicile>
114. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 11 mars 2013;12:18.
115. [En ligne]. Interactive Chi-Square Tests; [cité le 8 avr 2020]. Disponible: <http://www.quantpsy.org/chisq/chisq.htm>
116. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. La démographie de la profession; [cité le 31 janv 2020]. Disponible: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
117. [En ligne]. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire | Legifrance; [cité le 11 avr 2020]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024688759>
118. SurveyMonkey [En ligne]. Comment calculer la taille de l'échantillon d'un sondage; [cité le 5 févr 2020]. Disponible: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>
119. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? :13.
120. Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. 2nd ed. Sage Publications; 2007.
121. [En ligne]. Prado, le service de retour à domicile; [cité le 25 avr 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
122. [En ligne]. DMP : Dossier Médical Partagé; [cité le 14 avr 2020]. Disponible: <https://www.dmp.fr/>
123. Physiothérapie : comment ça fonctionne ? [En ligne]. OPPQ. [cité le 1 mai 2019]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/comment-ca-fonctionne/>
124. [En ligne]. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques; [cité le 6 mars 2020]. Disponible: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=popDepuis_1876.pop&s=2016&view=map1

125. Waetjen LE, Xing G, Johnson WO, Melnikow J, Gold EB. Factors Associated With Seeking Treatment for Urinary Incontinence During the Menopausal Transition: *Obstetrics & Gynecology*. mai 2015;125(5):1071-9.
126. CNOMK. Dossier de presse périnée. 2017.
127. Rééducation périnéale et pelvienne: 5 fausses croyances [En ligne]. OPPQ. [cité le 1 mai 2019]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/blogue/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/>
128. [En ligne]. Mehrabian's communication study; [cité le 6 mars 2020]. Disponible: https://www.changingminds.org/explanations/behaviors/body_language/mehrabian.htm
129. Deslauriers S, Raymond M-H, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, et al. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disability and Rehabilitation*. Taylor & Francis; 18 déc 2017;39(26):2648-56.
130. aem [En ligne]. Canada S. Les aînés et le vieillissement - Incontinence; 8 déc 2006 [cité le 14 avr 2020]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/aspect-medical/aines-vieillissement-incontinence.html>
131. Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age and Ageing*. janv 2012;41(1):35-40.
132. Ramage-Morin PL, Gilmour H. Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada. Statistique Canada, Rapports sur la santé 82-003-X, Vol 24(10). 2013.
133. [En ligne]. #MonPostPartum : les mères brisent enfin le tabou après l'accouchement; [cité le 14 avr 2020]. Disponible: <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/grossesse/2616547-monpostpartum-les-meres-brisent-enfin-le-tabou-apres-l'accouchement/>
134. Podtail [En ligne]. Matrescence L. La Matrescence – Podcast; [cité le 14 avr 2020]. Disponible: <https://podtail.com/fr/podcast/la-matrescence/>
135. Arrêté du 16 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

VI. TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 - Comparaison des systèmes éducatifs français et québécois (94)

Annexe 2 - Déroulement de l'étude

Annexe 3- Questionnaire Google Form®

Annexe 4 - Affiche de diffusion du questionnaire

Annexe 5 - Canaux de diffusion du questionnaire

Annexe 6 - Formulaire de consentement (France)

Annexe 7 - Formulaire de consentement (Québec)

Annexe 8 - Procédure de recrutement des entretiens (France)

Annexe 9 - Préambule et grille d'entretiens (France)

Annexe 10- Préambule et grille d'entretiens (Québec)

Annexe 11 - Procédure de recrutement des entretiens (Québec)

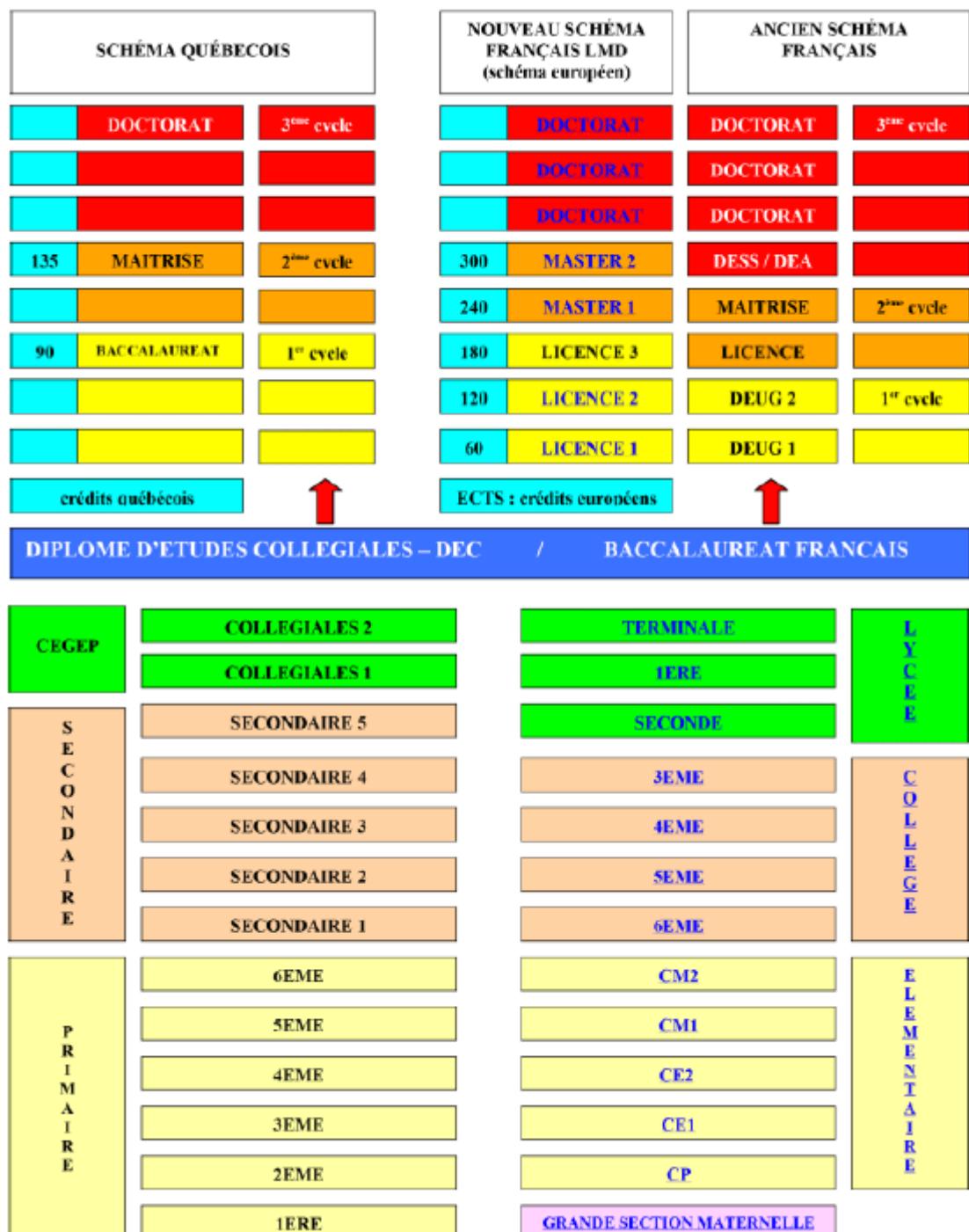
Annexe 12 - E-mail de recrutement entretiens (Québec)

Annexe 13 - Diffusion du questionnaire

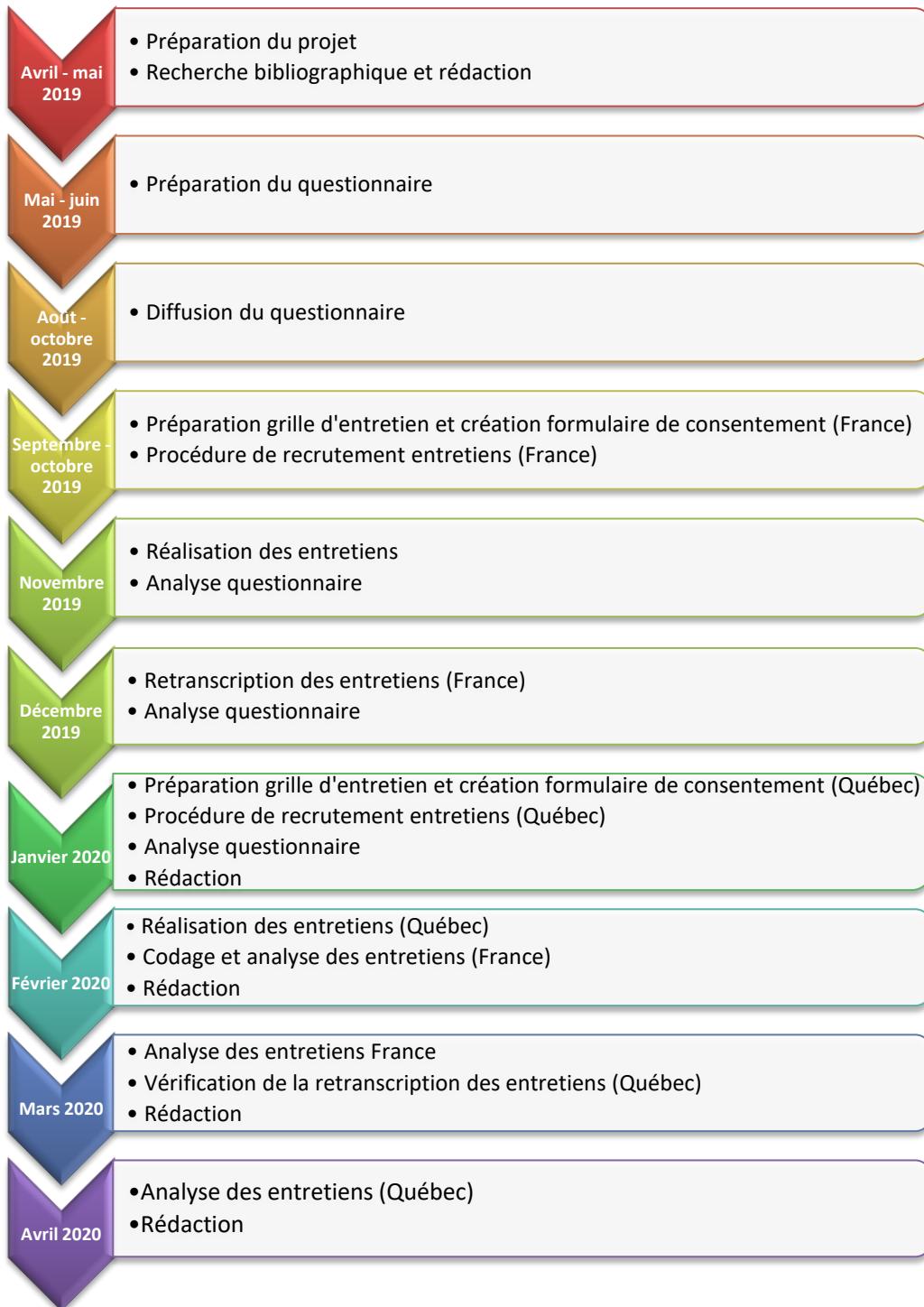
Annexe 14 - Codage des entretiens (France)

Annexe 15 - Codage des entretiens (Québec)

Annexe 1 - Comparaison des systèmes éducatifs français et québécois (94)



Annexe 2 - Déroulement de l'étude



Annexe 3- Questionnaire Google Form®

14/10/2019

Enquête sur le parcours de soin des femmes en post-partum

Enquête sur le parcours de soin des femmes en post-partum

Bonjour,

Je suis étudiante en kinésithérapie (Ecole de Montbéliard).
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête binationale France - Québec sur le parcours de soin des femmes en post-partum. Le but est de contribuer à l'amélioration de celui-ci en prenant en compte les besoins et attentes des patientes.

Ce questionnaire est destiné aux patientes françaises.
Le temps de réponse est estimé à 5 minutes.
N'oubliez pas d'appuyez sur "envoyer" à la fin du questionnaire.

Merci

*Obligatoire

Participants

Ce questionnaire sera anonyme.

1. Qui êtes vous ? *

Une seule réponse possible.

- Une femme entre 15 et 25 ans
- Une femme entre 25 et 40 ans
- Une femme ayant 40 ans révolus

2. De quelle votre catégorie socio-professionnelle faites-vous partie ? *

Une seule réponse possible.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales et assimilées, cadre de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques, cadres d'entreprise)
- Profession intermédiaire (professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilées, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise)
- Employés (employés de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers)
- Ouvriers
- Retraités / Autres personnes sans activités professionnelles
- Etudiants

3. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans le milieu de la santé ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. Où habitez-vous ? **Une seule réponse possible.*

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne - Franche - Comté
- Bretagne
- Centre Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Ile de France
- Normandie
- Nouvelle Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence - Alpes - Côte d'Azur
- Région d'outre-mer
- Autres

5. Habitez-vous à moins de 30 km d'une ville d'au moins 50 000 habitants ? (Ex : Besançon, Dijon, Strasbourg...) **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

6. Comment avez-vous eu accès à ce questionnaire ? **Une seule réponse possible.*

- Facebook
- Cabinet de kinésithérapie
- Cabinet de sage-femme
- Cabinet de médecin
- Sites de jeunes mamans/ entraide/ allaitement/ forum...
- CNOMK (Conseil National de L'ordre des Masseurs Kinésithérapeutes), ou sociétés savantes : SIREPP (Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie)
- Autre : _____

Maternité

7. Combien avez-vous d'enfants ? **Une seule réponse possible.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

8. Quel âge à votre premier enfant ? **Une seule réponse possible.*

- < 1 mois
- < 1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

9. De quand date votre dernier accouchement ? **Une seule réponse possible.*

- < 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 12 mois
- Plus de 12 mois

10. Avez-vous déjà consulté un masseur-kinésithérapeute avant votre accouchement ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Oui, avant la grossesse
- Oui, pendant la grossesse
- Non

11. Avez-vous consulté un professionnel pour des douleurs ou des problèmes de la région génitale (rééducation périnéale) suite à votre/ un de vos accouchement(s) ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passez à la question 29.*

J'ai réalisé de la rééducation périnéale

12. Quel professionnel de la santé avez-vous consulté des séances de rééducation périnéale ? **Une seule réponse possible.*

- Un masseur-kinésithérapeute *Passez à la question 13.*
 Une sage-femme *Passez à la question 13.*
 Les deux *Passez à la question 17.*
 Autre : _____ *Passez à la question 13.*

J'ai réalisé de la rééducation périnéale**13. Pourquoi avez-vous choisi ce thérapeute ?***Plusieurs réponses possibles.*

- Parce que mon médecin/ gynécologue m'a orienté vers lui
 Parce qu'un proche me l'a recommandé
 Parce que c'était le moins cher
 Parce que le délai d'attente était moins long
 Pour des raisons d'emploi du temps (horaires plus arrangeants...)
 Pour des raisons d'accès et de géographie
 Parce que je ne savais pas que le kinésithérapeute pouvait faire de la rééducation périnéale
 Parce que je ne savais pas que la sage-femme pouvait faire de la rééducation périnéale
 Autre : _____

14. Quelle était votre attente principale en vous rendant chez le thérapeute ? *

15. Combien de séances avez-vous réalisé ? **Une seule réponse possible.*

- Entre 1 et 3
 Entre 4 et 6
 Entre 6 et 10
 Plus de 10

16. Avez-vous réalisé toutes vos séances ? **Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 25.*
 Non *Passez à la question 24.*

J'ai réalisé de la rééducation périnéale chez un masseur-kinésithérapeute et chez une sage-femme

21. Quelle était votre attente principale en vous rendant chez la sage-femme ? *

https://docs.google.com/forms/d/1_HDgx4-0tMLyD54fu1dwRL9PwQBlv_2MTfDMF7goDz0/edit

5/7

- Parce que je ne savais pas que la sage-femme pouvait faire de la rééducation périnéale
 Autre : _____

18. Quelle était votre attente principale en vous rendant chez le masseur- kinésithérapeute ? *

19. Combien de séances avez-vous réalisé chez le masseur-kinésithérapeute ? *

Une seule réponse possible.

- Entre 1 et 3
 Entre 4 et 6
 6 et 10
 Plus de 10

20. Pourquoi avez-vous choisi une sage-femme ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Parce que mon médecin/ gynécologue m'a orienté vers ce thérapeute
 Parce qu'un proche me l'a recommandé
 Parce que c'était le moins cher
 Parce que le délai d'attente était moins long
 Pour des raisons d'emploi du temps (horaires plus arrangeants...)
 Pour des raisons d'accès et de géographie
 Parce que je ne savais pas que le kinésithérapeute pouvait faire de la rééducation périnéale
 Autre : _____

22. Combien de séances avez-vous réalisé chez la sage-femme ? **Une seule réponse possible.*

- Entre 1 et 3
- Entre 4 et 6
- Entre 6 et 10
- Plus de 10

23. Avez-vous réalisé toutes vos séances ? **Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 25.*
- Non *Passez à la question 24.*

Je n'ai pas terminé la rééducation périnéale**24. Pourquoi n'avez-vous pas réalisé les dernières séances ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Ma rééducation était finie avant
- Je ne pouvais pas me libérer du temps pour des raisons professionnelles
- Pour un problème de disponibilité
- Je ne voyais pas d'amélioration
- Le thérapeute ne voyait pas d'amélioration et a préféré arrêter la rééducation
- Le thérapeute n'avait plus de place dans son planning
- Autre : _____

Parcours de soin**25. Qui vous a prescrit de la rééducation périnéale (RP) ? ****Une seule réponse possible.*

- Gynécologue/obstétricien à l'hôpital
- Gynécologue/obstétricien en consultation privée
- Sage-femme à l'hôpital
- Sage-femme en consultation privée
- Médecin Généraliste
- Autre : _____

26. Quand vous a t-on prescrit de la RP ? **Une seule réponse possible.*

- En pré-partum
- Tout de suite après l'accouchement
- Entre 1 et 3 mois après l'accouchement
- Après 3 mois post-partum
- Autre : _____

27. Avez-vous demandé au prescripteur de vous prescrire cette RP ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas répondre

28. Pour quel problème de santé vous a t-on prescrit de la RP ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Fuites urinaires
 Douleur du rachis et/ou de bassin
 Déficit des muscles abdominaux
 Autre : _____

*Passez à "Fin du questionnaire".***Je n'ai pas réalisé de rééducation périnéale****29. Pourquoi n'avez-vous pas réalisé de rééducation périnéale (RP) ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Je n'ai pas eu de prescription
 Je n'en ressentais pas le besoin
 Je ne savais pas que ça existait
 Je ne savais pas qu'il était recommandé d'en faire
 Mon gynécologue et/ou ma sage-femme ne m'en ont pas parlé
 Mon gynécologue et/ou ma sage-femme ont estimé que je n'en avais pas besoin
 Je pense être en capacité de faire cette rééducation seule
 Autre : _____

Fin du questionnaire*Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.*

Afin d'approfondir mon enquête, je suis à la recherche de femmes acceptant de témoigner lors d'un entretien. Celui-ci sera confidentiel et anonymisé.
Mes coordonnées : postpartum.kine@gmail.com

N'oubliez pas d'appuyer sur "envoyez".

Annexe 4 - Affiche de diffusion du questionnaire

Enquête binationale France-Québec sur le parcours de soin des femmes en post-partum
Charline Brocard

VOTRE AVIS M'INTERESSE

⇒ Flashez le QR code

⇒ Répondez à mon questionnaire en ligne
(5 min)

https://docs.google.com/forms/d/1_HDgx4-0tMLy054fu1dwRL9PwQ8lv_2MTfDMF7goDz0/viewform?edit_requested=true&fbclid=IwAR2vMqgs9kQP-8D2fPOv2C1s1uWcCr6FOHTYZ5ZQ3Jd96S5Fy5UeW7r3p_0

DANS QUELS BUTS ?

- Comprendre les choix et les attentes des femmes pour leur rééducation périnéale
- Améliorer le parcours de soins des femmes en post-partum

QUI SUIS-JE ?

- Etudiante en dernière année de kinésithérapie
- Institut de Montbéliard

ME CONTACTER

Charline Brocard
postpartum.kine@gmail.com



Annexe 5 - Canaux de diffusion du questionnaire

Type	Contact	Diffusion acceptée	Raison du refus
Ordres professionnels	CNOMK	Oui	
	CNOSF	Non	Pas autorisé
Sociétés savantes	ARREP	Non	Pas de réponse
	SIRREP	Non	
Professionnels de santé	MK (58 cabinets)	Oui/ Ne sait pas/ Non	Pas de réponse
	SF (site du CNOSF)	Oui/ Ne sait pas/ Non	Pas de réponse Ne fait pas de RP
Compte personnel	Facebook	Oui	
Groupe Facebook	Kiné périnatalité	Oui	
Pages Facebook/ Blog Web	Sacré maman	Non	Pas de réponse
	E-Zabel	Non	Pas de réponse
	Maman et bébé	Non	Pas de réponse
Sites web	La Leche League	Non	Garder un message clair pour leur public
Forums	Au féminin	Oui (sur 3 forums de discussion)	
	Baby France	Non	Ne fonctionne pas
	Enceinte.com	Oui (sur 2 forums de discussion)	
	Maman pour la vie	Oui	
	Cool parents make happy kids	Non	Ne fonctionne pas
	Etreenceinte.com	Non	Ne fonctionne pas
Groupes Facebook	Objectif bébé bio	Oui	
	Groupe de sacré maman – Forum parents	Oui	
	Maman, mamange, bébé et baby hop et discussion en tout genre sans tabou	Oui	
	Les bébés de 2019 !	Oui	
	Allo bébé c'est maman	Oui	
	Idée repas bébé et diversification	Non	Retirée du groupe
	Bébé enfant, maman shop	Non	Pas acceptée
	Conseils maman, grossesse et essai bébé	Non	Commentaire supprimé
	Maman, futures mamans, essai bébé	Oui	
	Conseils mamans bébé	Non	Pas français
Les Mamans & Futures Mamans Pour 2019/2020		Oui	

Annexe 6 - Formulaire de consentement (France)

ENQUETE BINATIONALE FRANCE – QUEBEC SUR LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES EN POST-PARTUM

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ATTENTION DES FEMMES EN POST-PARTUM

TITRE EXACT DU PROJET DE RECHERCHE

Enquête binationale France – Québec sur le parcours de soin des femmes en post-partum

PRESENTATION DU CHERCHEUR ET DU CONTEXTE

Le chercheur principal est CHARLINE BROCARD.

Le projet s'effectue dans le cadre de son mémoire de fin d'étude de kinésithérapie (Montbéliard, 25), sous la direction de Dr ALEXANDRE KUBICKI et Pr KADIJA PERRAULT.

INTRODUCTION

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

Ce projet a pour but de comprendre les choix et les attentes des femmes en post-partum pour leur rééducation périnéale.

DÉROULEMENT DE LA PARTICIPATION

En participant à ce projet, vous acceptez de témoigner lors d'un entretien téléphonique ou présentiel.

La durée probable de celui-ci est comprise entre 30 et 60 minutes.

L'entrevue sera enregistrée.

AVANTAGES, RISQUES OU INCONVENIENTS POSSIBLES LIÉS À LA PARTICIPATION

Ce projet a pour but de déterminer les facteurs pouvant influencer la rééducation périnéale des femmes en post-partum dans une optique d'amélioration du parcours de soin.

La participante ne reçoit aucun avantage direct lié à sa participation.

DROIT DE RETRAIT

La participante a le droit de refuser de participer à la recherche ou de mettre fin en tout temps à sa participation sans préjudice.

Elle peut refuser de répondre à certaines questions, sans conséquence négative pour elle et sans avoir à se justifier.

En cas de retrait de la participante, celle-ci peut demander à ce que les données soient détruites.

ENQUETE BINATIONALE FRANCE – QUEBEC SUR LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES EN POST-PARTUM

CONFIDENTIALITE ET GESTION DES DONNEES

Mesures pour les dénominaliser :

Des pseudonymes seront donnés à la place des noms des participants.

Accès contrôlé pour protéger la vie privée :

Seul le chercheur principal aura accès aux documents permettant d'identifier des participantes

durant le déroulement de la recherche (formulaire de consentement, enregistrements...)

Les directeurs de mémoire pourront avoir accès aux documents anonymisés ne permettant pas d'identifier les participantes (prise de note de l'entretien).

Mesure pour en assurer la sécurité :

L'utilisation d'un mot de passe est nécessaire pour avoir accès à l'ordinateur et aux fichiers informatisés contenant les données de la recherche en format numérique.

Disposition du matériel et des données à la fin de la recherche :

Les données de recherche seront conservées deux ans à la suite du rendu de mémoire et/ou de la publication de celui-ci.

Clause de divulgation :

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par les lois françaises.

REMERCIEMENTS

Votre participation est précieuse pour la réalisation de cette enquête. J'apprécie l'attention et le temps que vous consacrez à ce projet et vous en remercie.

COORDONNEES DU CHERCHEUR

Pour obtenir des éclaircissements sur le projet et sur les implications de sa participation, ou encore pour se retirer de l'étude, la participante peut contacter le chercheur responsable à l'adresse suivante : postpartum.kine@gmail.com

PLAINE ET CRITIQUES

Si vous souhaitez formuler des plaintes ou des critiques concernant la participation au projet, vous pouvez en faire part à ALEXANDRE KUBICKI à l'adresse suivante : Alexandre.Kubicki@hnfc.fr

ENQUETE BINATIONALE FRANCE – QUEBEC SUR LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES EN POST-PARTUM

ATTESTATION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ (*Nom de la participante en lettres majuscules (ou parent, tuteur, mandataire ou curateur dans le cas des mineurs ou des majeurs inaptes)*) _____ consens librement à participer (*ou autorise mon enfant prénommé... à participer*) à la recherche intitulée : « Enquête binationale France – Québec sur le parcours de soin des femmes en post-partum ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante (ou de son représentant légal et, si tel est le cas, titre de ce dernier : père, mère, tuteur, curateur ou mandataire).

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Signature du chercheur (ou de son représentant)

Annexe 7 - Formulaire de consentement (Québec)

ENQUÊTE BINATIONALE FRANCE – QUÉBEC SUR LE PARCOURS DE SOINS DES FEMMES EN POST-PARTUM

Formulaire de consentement

Responsable et collaborateurs

Charline BROCARD, étudiante de la FiKiP (Filière Kinésithérapie – Physiothérapie), Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) Nord Franche-Comté, stagiaire de recherche Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Intégration Sociale (CIRRIS)

Kadija PERREAUl, pht, Ph.D., chercheuse : CIRRIS, professeure agrégée : Faculté de médecine, Université Laval

Alexandre KUBICKI, Ph.D., directeur de formation, IFMS Nord Franche-Comté, chercheur : laboratoire INSERM U1093 UBFC

Organisme de subvention

Aucune source de financement externe n'a été obtenue pour la réalisation de ce projet.

Introduction

- Ce projet s'inscrit dans le mémoire de fin d'études de Charline BROCARD.
- Le but de ce projet est de décrire et comparer les parcours de soins en post-partum en France et au Québec.
- En participant à ce projet, vous acceptez de prendre part à un entretien téléphonique, via webconférence ou en présentiel, d'une durée estimée entre 30 et 60 minutes. Les sujets qui seront couverts dans le cadre de l'entrevue incluent :
 - L'organisation des services au Québec pour les femmes durant la période post-natale
 - La nature et l'accessibilité des services proposés aux femmes en post-partum
- Un enregistrement audio ou vidéo sera effectué afin de faciliter la collecte et l'analyse des données.
- Vos réponses resteront confidentielles et les données seront maintenues en lieu sécurisé.
- En aucun cas le nom des participants ne sera publié ou divulgué. Néanmoins, en prenant en compte le nombre de professionnels dans ce milieu à Québec, il faut être conscient que certains éléments pourraient permettre de vous reconnaître.

Risques potentiels et inconvénients personnels :

Il n'existe aucun risque associé à ce projet.

Questions sur le projet et personnes-ressources :

Pour obtenir des éclaircissements sur le projet, ou pour toute autre question en lien avec ce projet, vous pouvez contacter Charline BROCARD à l'adresse suivante : postpartum.kine@gmail.com ou Kadija Perreault par courriel kadija.perreault@fmed.ulaval.ca ou au 418-529-9141 poste 6853

ENQUÊTE BINATIONALE FRANCE – QUÉBEC SUR LE PARCOURS DE SOINS DES FEMMES EN POST-PARTUM

Formulaire de consentement

Chercheurs responsables du projet : Charline BROCARD, Alexandre KUBICKI, Kadija PERREAULT

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à ce projet.

J'ai pris connaissance du projet et je comprends son but, sa nature, ses avantages, ses risques et ses inconvénients.

Nom du participant	Date de naissance	Numéro de téléphone
_____ Signature du participant *	_____ Date	_____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Nom du chercheur	Date	Signature
------------------	------	-----------

Annexe 8 - Procédure de recrutement des entretiens (France)

Canal de communication	Nombre de personnes atteintes
Annonce à la fin du questionnaire	6
Professionnels de santé (1 MK et 2 SF) :	
1 MK	0
2 SF	9 + 3
Bouche à oreille (entourage)	1

Annexe 9 - Préambule et grille d'entretiens (France)

Préambule :

Cet entretien s'inscrit dans une enquête sur le parcours de soins des femmes en post-partum réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Nous allons aborder votre expérience à travers des questions ouvertes vous permettant de partager vos perceptions et opinions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser. La durée de l'entretien est estimée entre 45 et 60 minutes. Mon rôle sera de vous poser des questions, de reformuler et de vous demander des précisions. J'ai bien reçu votre formulaire de consentement signé. Je vous rappelle que l'entretien est enregistré et que vous avez le droit de l'interrompre à tout moment. Avez-vous des questions avant de commencer ?

THEME	HYPOTHESES	QUESTIONS	RELANCES	MOTS-CLES / REPONSES A OBTENIR	RMQ
BIO	H _{B0} : Le parcours de soin dépend des besoins des patientes.	Pouvez-vous me parler de votre parcours de soin ? Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un professionnel de santé pour de la rééducation périnéale ? => REFORMULATION	- Symptômes - Si 2 PS : Différence de PEC ? Qu'est ce qu'il y avait en commun ? - Si 1 PS : Quid du 2 ^{ème} ? - Comment avez-vous obtenu une prescription de RP ? - Comment avez-vous choisi de vous tourner vers un MK ou SF ?	=> Parcours de soin (qui a prescrit etc) => Besoins (ex : fuites) => PS => Accompagnement différent ?	

PSYCHO	H _{P0} : L'observance de la rééducation n'est pas optimale car cela fait partie de la sphère intime des patientes et cela gêne certaines patientes	Pouvez-vous me parler du / racontez-moi le déroulé de vos séances ? => REFORMULATION	- Qu'est-ce qui a permis/ empêcher de vous sentir à l'aise ? <i>Etiez-vous à l'aise ? => Pourquoi ? =</i> - Avez-vous observé une évolution dans vos séances ? => Racontez-moi - Pouvez-vous me parler des doutes que vous avez pu avoir dans votre rééducation ? (<i>=> Avez-vous arrêté les exercices ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?</i>) - Pouvez-vous me parler des connaissances que vous aviez de votre corps avant la RP ? Et après ?	=> Ressenti de la patiente/ déroulement RP => Contenu des séances/ types d'exercices => Observance ? => Doutes ?	
--------	---	---	--	---	--

SOCIAL	H ₅₀ : Le parcours de soin est influencé par les représentations des femmes	Pourriez-vous me dire quels facteurs ont influencé votre choix du thérapeute et de réalisation de la RP ? => REFORMULATION => REFORMULATION => REFORMULATION	Pouvez-vous me parler des représentations que vous aviez avant de faire vos séances ?	- PS - Rééducation - Corps - Symptômes - Croyances, culture		
	H ₅₁ : Le parcours de soin est influencé par l'entourage des femmes		En quoi votre entourage à t-il joué dans votre rééducation ?	- Quel a été le rôle des femmes de votre entourage dans votre RP ? (discussion avec F) - Pouvez-vous me raconter les échanges que vous avez eu avec d'autres femmes ? - Comment ressent(i)ez-vous le regard des autres vis-à-vis de la rééducation ? Avez-vous été gênée par le regard des autres ? (travail, ami(e)s, conjoint, famille..)		
	H ₅₂ : Le parcours de soin est influencé par l'accessibilité au soin		Pouvez-vous me parler de l'accessibilité aux PS à proximité de chez vous ?	- En quoi cela a-t-il pu influencer vos choix ?		

	H ₅₃ : Le parcours de soin est influencé par d'autres facteurs		Pouvez-vous me parler des autres facteurs ayant selon vous influencé votre RP ? Lesquels ?	- Prix/ remboursement/ déplacement ? - Temps limité avec les enfants ? - Raisons professionnelles ? - Hérédité/ habitudes familiales ?		
INFO GE - RMQ.	Age : Profession : Région : Nombre d'enfants : Age des enfants : Mode d'accouchement : Péridurale ? Problème à l'accouchement ? Problème pendant la grossesse ? MK av acc : Nombre de séances : Séances terminées ? : Quand avez-vous commencé les séances ? Accessibilité aux PS (Distance/ délai attente..) :					

Avez-vous des questions ?

Avez-vous des précisions à m'apporter sur votre parcours ?

Remerciements

Annexe 10- Préambule et grille d'entretiens (Québec)

Préambule :

Cet entretien s'inscrit dans une enquête sur le parcours de soins des femmes en post-partum réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Nous allons aborder votre expérience à travers des questions ouvertes vous permettant de partager votre expertise dans le domaine. La durée de l'entretien est estimée entre 30 et 60 minutes. Mon rôle sera de vous poser des questions, de reformuler et de vous demander des précisions.

Voici le feuillet d'information et de consentement. Il précise notamment que l'entretien est enregistré et que vous avez le droit de l'interrompre à tout moment. Avez-vous des questions avant de commencer ?

THEMES/ PARTIES DE L'ENTREVUE	CIBLES	QUESTIONS	Sous-questions/ Relances	RÉPONSES ATTENDUES	DUREE ESTIMÉE
PRESENTATION – MISE EN PLACE DU CONTEXTE	Tous	- Pouvez-vous me parler de votre parcours de formation ?		Nom Titre professionnel Nombres d'années d'expérience Milieu de travail Clientèle (s'il y a lieu)	3 min
	Tous	- Maintenant votre parcours professionnel ?		Travail actuel	3 min
	Tous	- Pouvez-vous me parler de votre travail auprès des femmes en post-partum ?			3 min
DISPONIBILITÉ/ OFFRE DE SERVICE	Tous	<p>- Pouvez-vous me parler du parcours de soin des femmes en post-partum ?</p> <p><u>Reformulation :</u></p> <p>Je suis une femme au Québec, je viens d'accoucher, quels sont les services à ma disposition ?</p>	<p>- Quels sont les services disponibles pour ces femmes ?</p> <p>- Quels établissements s'occupent du suivi en post-partum ?</p> <p>- Quels professionnels ?</p> <p>- Quels coûts cela engendre ?</p> <p>- Comment cela se déroule ?</p>	<p>- Coûts pour la femme ? pour les établissements?</p> <p>- Nature des services : éducation, exercices, activité des thérapeutes/ suivi ou évaluation ponctuelle/ temps d'attente)</p>	5 min

		<ul style="list-style-type: none"> - Comment les femmes se rendent jusqu'à vous ? - pour une trajectoire avec une évolution normale ? - pour une trajectoire avec des complications pour la femme ? - Quels sont les référents ? 			
PERTINENCE	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Si je suis femme avec des complications en post-partum comme une descente d'organes, une incontinence, des douleurs persistantes, comment se déroule mon suivi ? - Quels établissements s'occupent du suivi en post-partum ? - Quels professionnels ? - Quels coûts cela engendre ? - Comment cela se déroule ? 		3 min	
REGROUPE LES 5 THEMES	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui facilitent et limitent l'utilisation de ces services par les femmes ? (relancer si facilitateurs ou limitants oubliés) - Du côté des femmes ? (selon leurs caractéristiques, leurs situations, leurs contextes...) - En quoi la situation financière des femmes influence leur utilisation des services post-natals ? - Du côté des services ? (contexte de travail...) - Du côté des organisations et des règles en place ? (lois en vigueur ?) - Du côté des cliniciens ? (faire autrement) - Du côté de la population ? 	Alphabétisation/ Education/ Croyances/ Confiance/ Attentes Valeurs sociales et personnelles / Cultures/ Genre/ Autonomie =Déterminants sociaux de la santé Environnement/ lieu de vie Mobilité/ transport ?	7 min	

		<ul style="list-style-type: none"> - Comment pourrait-on favoriser l'accès et l'utilisation aux services par les femmes ? - Quels seraient les acteurs clés à interroger pour favoriser l'utilisation aux services par les femmes ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment pourrait-on favoriser l'accès et l'utilisation aux services par les femmes ? - Quels seraient les acteurs clés à interroger pour favoriser l'utilisation aux services par les femmes ? 	
--	--	---	---	--

ACCEPTABILITE	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi l'offre de services actuelle répond-elle aux besoins des femmes ? 		Valeurs professionnelles Normes Cultures Genre	3 min
	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Quel sont les bénéfices pour les femmes de l'utilisation des services post-natals ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les conséquences de la non-utilisation de ses services pour le réseau de santé/ l'organisation de santé ? 		3 min
PERTINENCE	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la place de la collaboration inter-professionnelle dans l'offre de service post-partum ? 		Système de transfert de dossier médical ?	2 min
	Clinicien	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les interventions principales que vous utilisez ? 			Différentes techniques de RP
	Autres sauf cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> - A votre connaissance, quels sont les types d'interventions utilisés ? 			3 min
CLOTURE	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Dans un monde idéal, quel serait l'offre de service en post-partum ? - Remerciements - Auriez-vous des noms de personnes qui pourraient répondre à ces questions pour nourrir ce projet ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des questions ? Des remarques ? Des choses à ajouter dont on n'aurait pas parlé ? 		5 min

Annexe 11 - Procédure de recrutement des entretiens (Québec)

Canal de communication	Nombre de personnes atteintes
Relation professionnelle de l'équipe de recherche	2
Prise de contact par e-mail	3
Effet boule de neige	
Contact par e-mail	3
Groupe Facebook	2

Annexe 12 - E-mail de recrutement entretiens (Québec)

Bonjour monsieur/madame A,

Je vous contacte dans le cadre d'une étude binationale France-Québec portant sur le parcours de soin des femmes en post-partum, dans un objectif d'amélioration des services. Cette étude s'intègre à mon mémoire de fin d'étude de kinésithérapie/ physiothérapie que je suis à l'Institut de Formations aux Métiers de la Santé de Montbéliard (France).

Pour mener à bien cette enquête, je réalise des entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs, incluant des professionnels de santé Québécois intervenant dans la prise en charge de cette population, des chercheurs et des enseignants.

Etant expert(e) du domaine de la rééducation périnéale et pelvienne et ayant une fine connaissance des services offerts au Québec, accepteriez-vous de m'accorder de votre temps pour un de ces entretiens ?

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à ce mail.

Bonne journée,

Cordialement.

Annexe 13 - Diffusion du questionnaire

Canaux de diffusion du questionnaire	n = 416 (100%)
Facebook	199 (47,84%)
Cabinets de SF	108 (25,96%)
Forums de mamans	67 (16,11%)
E-mail	14 (3,37%)
Bouche à oreille/proches	9 (2,16%)
Cabinets de kinésithérapie	9 (2,16%)
Snapchat (diffusion externe à l'équipe de recherche)	7 (1,68%)
CNOMK, CNOSF ou sociétés savantes	3 (0,72%)

Annexe 14 - Codage des entretiens (France)

	Count	% Codes	Cases	% Cases
● Généralités				
● Citations	28	5,7%	5	71,4%
● Caractéristiques des participantes	12	2,4%	4	57,1%
● Pistes d'amélioration	2	0,4%	2	28,6%
● Parcours de soins pré-partum	7	1,4%	4	57,1%
● Facteurs liés au vécu de la femme				
● Symptômes	13	2,6%	7	100,0%
● Entourage	39	7,9%	7	100,0%
● Connaissances	20	4,1%	7	100,0%
● Expérience antérieure	2	0,4%	2	28,6%
● Contexte de la personne/ soins	13	2,6%	5	71,4%
● Besoin d'accompagnement	12	2,4%	6	85,7%
● Suivi de grossesse	4	0,8%	4	57,1%
● Explications/ compréhensions	20	4,1%	6	85,7%
● Démarche personnelle	3	0,6%	2	28,6%
● PEC globale	22	4,5%	6	85,7%
● Ressenti	26	5,3%	7	100,0%
● Besoin de prendre soin de soi	7	1,4%	4	57,1%
● Doute	17	3,5%	6	85,7%
● Lassitude	7	1,4%	2	28,6%
● Bébé	7	1,4%	3	42,9%
● SF	11	2,2%	2	28,6%
● Conscience	9	1,8%	3	42,9%
● Tabou	12	2,4%	4	57,1%
● Facteurs liés aux professionnels				
● Formation des professionnels	8	1,6%	3	42,9%
● Nature des interventions	43	8,7%	7	100,0%
● Relation	17	3,5%	5	71,4%
● Aise	11	2,2%	7	100,0%
● Professionnels	27	5,5%	7	100,0%
● Facteurs liés à l'organisation des soins et au système professionnel				
● Accessibilité géographique	14	2,8%	6	85,7%
● Disponibilité	17	3,5%	7	100,0%
● Information/ vulgarisation	15	3,0%	6	85,7%
● Système réglementaire	7	1,4%	5	71,4%
● Logistique	26	5,3%	7	100,0%
● Collaboration interprofessionnelle	3	0,6%	2	28,6%
● Prise de contact	3	0,6%	1	14,3%
● Référents/ prescripteurs	8	1,6%	5	71,4%

Annexe 15 - Codage des entretiens (Québec)

	Count	% Codes	Cases	% Cases
➊ Généralités				
● Citations	5	0,8%	2	20,0%
● Pistes d'améliorations	43	6,9%	10	100,0%
● Facilitateurs et limitateurs	3	0,5%	1	10,0%
➋ Facteurs liés à la femme				
● Symptômes	24	3,8%	6	60,0%
● Entourage	14	2,2%	5	50,0%
● Connaissances	22	3,5%	8	80,0%
● Tabou	14	2,2%	6	60,0%
● Réalité du post-partum	15	2,4%	8	80,0%
● PEC intime	1	0,2%	1	10,0%
➌ Facteurs liés aux professionnels				
● Formations des professionnels	10	1,6%	4	40,0%
● Nature des interventions	39	6,2%	9	90,0%
● Connaissances des professionnels	13	2,1%	4	40,0%
● Temps	8	1,3%	2	20,0%
➍ Facteurs liés à l'organisation des services				
● Accessibilité	81	12,9%	10	100,0%
● Coût	51	8,1%	10	100,0%
● Collaboration interprofessionnelle	42	6,7%	10	100,0%
● Information/ vulgarisation	51	8,1%	10	100,0%
● Conséquences	29	4,6%	10	100,0%
● Parcours	27	4,3%	8	80,0%
● France	15	2,4%	7	70,0%
● Référents	52	8,3%	10	100,0%
● Preuves scientifiques	11	1,8%	5	50,0%
● Triage	8	1,3%	5	50,0%
● Organisation des services	49	7,8%	8	80,0%

Enquête binationale France-Québec sur le parcours de soins des femmes en lien avec la rééducation périnéale en post-partum

Réalisé par : Mme BROCARD CHARLINE

Sous la direction de : Dr KUBICKI ALEXANDRE et Pr PERREAULT KADIJA

Résumé

Contexte : La rééducation périnéale (RP) a démontré son efficacité pour lutter contre les problèmes d'incontinence ou les dyspareunies. Elle est réalisée par des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK)/physiothérapeutes ou des Sages-Femmes (SF). A l'heure actuelle, il n'existe que très peu d'études décrivant le choix des femmes concernant cette RP.

Objectifs : 1) Documenter les attentes et les choix des femmes concernant la RP en postpartum,
2) Comprendre l'utilisation des services de RP en France et au Québec.

Méthodologie : L'étude se scinde en 3 parties. D'abord la diffusion d'un questionnaire à destination des mamans françaises du 1^{er} août au 31 octobre 2019. Puis des entretiens semi-directifs ont été menés en novembre 2019 auprès de femmes françaises ayant réalisé leur RP il y a moins de 2 ans. Enfin, entre janvier et mars 2020, des entretiens ont été réalisés auprès d'acteurs impliqués dans le parcours de soins des femmes en post-partum au Québec.

Résultats : En France, 416 femmes ont répondu au questionnaire. 80% des participantes ayant réalisé de la RP se sont tournées vers une SF. Les sept françaises ayant répondu aux entretiens expriment l'importance d'une prise en charge globale. Les dix professionnels québécois déplorent un coût trop important des séances de RP ainsi qu'un manque de communication auprès des femmes et des professionnels.

Discussion et conclusion : Les résultats de ce projet montrent que la RP est encore taboue en France et au Québec. L'information des femmes sur la RP mériterait d'être augmentée pour contribuer à l'amélioration de leurs parcours de soins en post-partum.

Mots-clés : Rééducation périnéale ; post-partum ; parcours de soins ; utilisation des services ; choix

Abstract

Postpartum women's care pathway and perineal reeducation : binational survey in France and Quebec

Background : Perineal reeducation (PR) has shown its effectiveness to cope incontinence problems or dyspareunia. It is carried out by physiotherapists or midwives. Currently, there are very few studies describing the choices of women for this PR.

Purpose : 1) With the aim of improving care pathway for post-partum women, this study focuses on the choices and expectations of french mothers for their rehabilitation. 2) Understand the use of PR services in France and Quebec.

Methods: Fisrt, a questionnaire for french mothers has been distributed from august to october 2019. Then, interviews with french mothers who have performed PR from november to december 2019 were conducted. Finally, between january and march 2020, interviews were conducted with actors involved in the care of postpartum women in Quebec.

Results: In France, 416 women answered to the questionnaire. 80% of the participants who performed PR has been cured by midwives. The seven French women who answered to the interviews express the importance of comprehensive care. The ten Quebec professionals deplore the excessive cost of PR sessions as well as a lack of communication for women and professionals.

Discussion and conclusion : This study has shown that the RP is still taboo in France and Quebec. Women's information on PR should be increased to help improve their postpartum care pathways.

Keywords : Perineal reeducation ; Postpartum period ; care pathway ; use of services ; choices