

Assistance publique – Hôpitaux de Paris
Institut éthique et soins hospitaliers – Espace éthique AP-HP
Faculté de médecine Paris-Sud
Université de Paris XI

Diplôme universitaire
Ethique & pratiques de la santé et des soins

Directeur de l'enseignement : Pr Emmanuel Hirsch

Responsable de l'enseignement : Pr Patrick Hardy

**QUELS SONT LES ENJEUX ETHIQUES DE LA REEDUCATION
PERINEALE AUJOURD'HUI ?**

Mémoire pour l'obtention
Du Diplôme universitaire Ethique & pratiques de la santé et des
Soins

présenté par Hélène Colangeli-Hagege

Septembre 2003

Assistance publique – Hôpitaux de Paris
Institut éthique et soins hospitaliers – Espace éthique AP-HP
Faculté de médecine Paris-Sud
Université de Paris XI

Diplôme universitaire
Ethique et pratiques de la santé et des soins

Directeur de l'enseignement : Pr Emmanuel Hirsch

Responsable de l'enseignement : Pr Patrick Hardy

**QUELS SONT LES ENJEUX ETHIQUES DE LA REEDUCATION
PERINEALE AUJOURD'HUI ?**

Mémoire pour l'obtention
Du Diplôme universitaire Ethique & pratiques de la santé et des
Soins

présenté par Hélène Colangeli-Hagege

Septembre 2003

Note aux lecteurs :

Travail réalisé dans le cadre du Diplôme universitaire Ethique & pratiques de la santé et des soins – Assistance publique – Hôpitaux de Paris – Faculté de médecine Paris-Sud – Université de Paris XI.

Pour reproduire et utiliser ce document, veuillez consulter l’auteur ou le directeur de l’enseignement.

Remerciements

Je remercie le Pr Emmanuel Hirsch et tous ses collaborateurs de l'Espace éthique AP-HP pour leur accueil chaleureux et pour la qualité de l'enseignement proposé.

Je remercie M. David Smadja pour ses conseils et ses suggestions qui m'ont aidée à structurer ce travail.

Merci à toutes les femmes et à tous les professionnels qui m'accordent leur confiance.

Merci à mes consœurs, Chantal Rymer, Carole Ryser, Nessia Fellmann, Guilaine Sartori et à mon confrère Max Claude Cappelletti pour leur amitié et leurs encouragements.

Merci à Jean-Paul, mon mari et à mes enfants, Marie, Pauline et Joseph, pour avoir compris et permis mon engagement professionnel.

Sommaire

Introduction

- I. Les spécificités de la rééducation périnéale

- II. Les principaux enjeux éthiques de la rééducation périnéale
 1. Une seule région du corps est concernée : de l'analytique vers la globalité
 2. Une zone intime, siège de l'identité, siège de la sexualité : le respect de l'intimité
 3. Le consentement
 4. L'interrogatoire, un accès à l'intimité : l'éthique du tact
 5. Quelles sont les valeurs qui peuvent nous guider dans le choix des techniques ?
 6. Soins utiles, soins futiles ? La nécessité d'évaluer
 7. Place et limites de l'écoute

III La rééducation périnéale postnatale

1. Des abdominaux au périnée : la rééducation périnéo-abdominale postnatale
2. L'utilité de la rééducation postnatale reste à prouver
3. Deux professions se partagent la compétence
4. Les valeurs de la kinésithérapie au service de la rééducation postnatale
5. Les valeurs à chercher en dehors de la kinésithérapie

Conclusion

Introduction

En quoi l'éthique peut-elle être une ressource pour la rééducation périnéale ? Vers quelles valeurs se tourner pour le choix des techniques ? Comment accueillir chacun dans le respect de sa façon de vivre son périnée, sa sexualité, ses symptômes ? Comment assurer le meilleur confort possible physique et moral au cours de ces séances ? La remise en cause récente de l'utilité et de la légitimité de cette rééducation est-elle justifiée ?

Il semble urgent de recourir au questionnement éthique pour interroger les pratiques mais aussi les objectifs de la rééducation périnéale.

Depuis son origine la rééducation périnéale pose question. Ce n'est pas une rééducation comme une autre, son acceptabilité ne va pas de soi. Un des arguments venant justifier le recours à cette rééducation est son utilité, son efficacité sur des symptômes toujours très pénibles à vivre. Cette utilité, cette efficacité, ne sont pas constantes parce que liées aux techniques utilisées, qui sont irrégulièrement mises en œuvre par les rééducateurs.

Certains rééducateurs sont tentés de limiter le recours aux techniques manuelles ou même d'y renoncer parce qu'ils les présupposent mal vécues. D'autres au contraire perçoivent les techniques instrumentales comme une instrumentalisation du sujet, et se limitent aux techniques manuelles. Certains prescripteurs ont recours à des arguments éthiques pour préférer proposer une chirurgie plutôt qu'une rééducation dans le cas d'une incontinence urinaire. Le ministre de tutelle met en doute l'intérêt médical de la rééducation postnatale (11).

L'avenir de cette rééducation est en jeu et avec elle celui de toutes les personnes ayant à en bénéficier.

Nous interrogerons les valeurs qui sous-tendent les oppositions actuelles s'exerçant contre la rééducation périnéale. Nous essaierons de présenter les valeurs sur lesquelles est fondée la rééducation périnéale, parmi lesquelles nous retrouverons les valeurs propres à la kinésithérapie. Nous chercherons comment ces valeurs peuvent et doivent être adaptées, quels sont les ajustements indispensables pour les transposer à cette rééducation de l'intime.

I. Les spécificités de la rééducation périnéale

Les spécificités de la rééducation périnéale sont nombreuses et les enjeux éthiques sont directement liés à ces particularités.

La rééducation périnéale a plus de vingt ans de recul en France. Ce sont des kinésithérapeutes qui l'ont développée et enseignée. Cette rééducation périnéale faisait la synthèse des techniques traditionnelles de rééducation, en les appliquant à la musculature périnéale, et des techniques plus récentes d'électrostimulation et d'enregistrement par sondes endo-cavitaires. Elle s'est développée parallèlement au développement de l'exploration uro-dynamique. Les kinésithérapeutes pionniers de la rééducation périnéale étaient très souvent uro-dynamiciens, ce qui leur permettait de mieux saisir le fonctionnement physiopathologique vésico-sphinctérien et d'en déduire les applications thérapeutiques.

La rééducation périnéale s'est d'abord adressée à une entité fonctionnelle, la fonction vésico-sphinctérienne, puis s'est adressée à la statique pelvienne, à la fonction génito-sexuelle, à la fonction d'évacuation et de continence anale.

Cette rééducation est d'emblée localisée à une région du corps, le périnée, ce qui la distingue des rééducations de l'ensemble de l'appareil locomoteur.

La région du corps concernée par la rééducation périnéale appartient à l'intimité de la personne. Le périnée est aussi le support des parties génitales du corps, siège de l'identité d'homme ou de femme du sujet, lieu symbolique qu'il est interdit de dévoiler, d'exposer.

Cette rééducation s'adresse à des sujets des deux sexes, de tous âges, aux pathologies très diverses, relevant de l'urologie, la gynécologie, l'obstétrique, la colo-proctologie, la neurologie, la sexologie, faisant intervenir médecins de médecine physique, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières, ostéopathes. Le grand nombre de spécialités médicales concernées a incité certains spécialistes à se regrouper sous le concept de «périnéologie».

Deux professions se partagent la compétence pour effectuer les actes de rééducation périnéale dans le cadre du post-partum. Ces deux professions, kinésithérapeute, sage-femme, ont des formations distinctes, des cultures et des expériences différentes.

Il existe un grand nombre de techniques de rééducation s'appliquant au périnée, techniques manuelles, instrumentales, comportementales, analytiques ou globales. Des études ont commencé à analyser l'efficacité des certaines de ces techniques. Des outils d'évaluation sont maintenant à la disposition des professionnels, mais l'essentiel du travail de validation reste à faire.

Face à cette diversité de situations le seul point commun est la partie du corps concernée qui, par sa richesse symbolique, en dehors des variations anatomiques, physiologiques, pathologiques, confrontera le thérapeute et son patient à une réalité toujours inédite, unique, complexe, jamais anodine.

Nous essaierons de dégager les principaux enjeux éthiques de la rééducation périnéale à partir de ses spécificités puis nous verrons comment ces enjeux se présentent à travers un cas concret, le cas d'une jeune accouchée à qui a été prescrite une rééducation périnéale postnatale.

II. Les principaux enjeux éthiques de la rééducation périnéale

1. Une seule région du corps est concernée : de l'analytique vers la globalité

Cette localisation exclusive –la rééducation périnéale s'adresse au périnée– distingue la rééducation périnéale des rééducations de l'ensemble de l'appareil locomoteur. Le risque serait de fragmenter, de morceler la personne en ne prenant en charge qu'une partie d'elle-même, son corps, et qu'une partie de son corps, son périnée.

La solution est à trouver dans les valeurs de la rééducation : revenir vers la globalité, inscrire l'analytique dans une prise en charge globale.

Très vite la rééducation périnéale s'est dégagée du risque de se limiter à la rééducation de l'incontinence urinaire d'effort. En réduisant une entité fonctionnelle, le périnée, les fondateurs de la rééducation périnéale y ont inclus la prise en charge des troubles de la statique pelvienne, qui conditionnent en partie la continence, et des troubles ano-rectaux, constipation et incontinence. Il paraissait impossible de conduire des prises en charge fractionnées, d'autant que les troubles sont très fréquemment associés et interfèrent entre eux. D'autres rééducateurs sont allés plus loin dans le retour vers la globalité et ont cherché à prendre en compte

les éléments anatomiques qui délimitent le caisson abdominal directement en relation avec la paroi périnéale (4, 5, 10) : paroi abdominale, rachis dorso-lombaire, diaphragme. Un nouveau danger apparaît : celui de ne prendre en compte que la globalité, en escamotant la prise en charge analytique. Pour toute rééducation il faut prendre en charge chaque déficit analytiquement avec une technique appropriée : pour une rééducation de genou par exemple, le rééducateur ne choisira pas entre les techniques de gain articulaire, les techniques de gain musculaire, et les techniques de réentraînement à l'effort. Pour la rééducation périnéale, la prise en charge doit s'appuyer sur les mêmes valeurs, valeurs à trouver dans la kinésithérapie, considérant le corps comme un ensemble de parties et chaque partie comme élément d'un tout.

Dans le cas de la rééducation postnatale, la prise en charge devra donc être analytique et globale, cherchant à corriger tous les déficits retrouvés lors du bilan, qu'il s'agisse de troubles vésico-sphinctériens, troubles de la statique pelvienne, hypotonie ou hypertonie de la musculature périnéale, cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne occasionnant une gêne ou une douleur, gêne ano-rectale, gêne sexuelle, hypotonie abdominale, modifications de la statique dorso-lombaire.

2. Une zone intime, siège de l'identité, siège de la sexualité : le respect de l'intimité

Cette région du corps à laquelle s'adresse la rééducation périnéale n'est pas neutre. Le périnée présente les parties génitales du corps. Si l'identité d'homme ou de femme ne se limite pas aux différences anatomiques génitales, celles-ci sont un moyen de reconnaissance immédiat et universel : le nouveau-né est reconnu fille ou garçon par sa différenciation anatomique.

Parce que le périnée est le siège de la sexualité et de la génitalité il appartient à l'intimité de la personne. Il est interdit de le dévoiler, de l'exposer, dans de nombreuses cultures.

Etymologiquement, le périnée, «*ce qui est autour du lieu sacré*», inclut une dimension symbolique, qui transcende la fonction de la sexualité, celle de la reproduction, et la physiologie sphinctérienne.

Quelles sont les valeurs qui nous permettent d'aborder l'intimité des personnes tout en témoignant du respect du caractère sacré et inviolable de cette intimité ?

Depuis son origine la rééducation périnéale pose question. Le vécu des différentes techniques de rééducation a toujours fait l'objet de controverses : le massage, appliqué au périnée, les techniques manuelles en position debout ou en quadrupédie, en sont deux exemples. L'aspect phallique des sondes permettant les techniques instrumentales, électrostimulation et bio-feed-back, a également été critiqué et a stimulé la créativité des industriels, donnant naissance à des sondes en forme de sachet plastique ou en forme d'anneau, moins suggestives.

Récemment, des publications médicales ont eu recours à des arguments comme la difficulté de vivre les séances de rééducation périnéale pour préférer proposer d'emblée une solution chirurgicale comme traitement de l'incontinence urinaire d'effort (1).

Ces critiques sont fondées sur le respect de la décence, de la pudeur. Sont-elles pour autant recevables ? L'accès à l'intimité n'est pas contesté pour d'autres actes médicaux, suivi gynécologique ou obstétrical, bilans uro-dynamiques. Une fraction de la population féminine se refuse encore à tout suivi gynécologique pour ces mêmes raisons. Faut-il pour autant renoncer à proposer à toutes les femmes susceptibles d'en bénéficier un frottis vaginal, une rééducation périnéale, une exploration uro-dynamique ? Si dénuder pour rééduquer est invasif la chirurgie ne peut pas l'être moins, s'adressant à des patientes dénudées mais qui plus est inconscientes. Plus sérieusement, la thérapeutique à apporter doit répondre à une plainte, associée à un déficit clinique. La réponse doit répondre à la plainte par la correction du déficit clinique, à l'aide des techniques les plus efficaces, techniques qui doivent rester proportionnées à la plainte.

Il n'est pas possible cependant de banaliser l'accès à cette zone corporelle intime et cachée. Plus que pour n'importe quelle autre rééducation le respect de la personne dans sa dignité universelle et inviolable sera à la base de la relation de soins (7). Les techniques sont à ajuster, à adapter à la pudeur de chaque personne. Dans ce cadre d'une relation de confiance et de respect réciproque le consentement prendra toute sa place et toute sa valeur.

3. Le consentement

La notion de consentement est fondamentale parce qu'elle permet de distinguer et de différencier l'acte thérapeutique de l'acte abusif. En ce qui concerne la

rééducation périnéale, l'absence de consentement fera des actes abusifs- abus de pouvoir, abus d'autorité- des abus sexuels, particulièrement traumatisants parce que précisément ils attentent à l'intimité de la personne.

Obtenir le consentement du malade est une obligation légale depuis la loi du 4 mars 2002. Cela pose le problème de l'interprétation du sujet. Il paraît indispensable de penser la personne comme capable de comprendre ce qui est en jeu pour elle, dans son anatomie, son fonctionnement, les propositions de traitement. Il faut expliquer, expliciter, se faire comprendre, avec les éléments de compréhension du sujet, une langue, une culture, une histoire singulière.

Obtenir le consentement suppose un préalable : demander l'autorisation, la permission, d'interroger, d'examiner. Cela suppose non pas une égalité, une symétrie entre le soignant et le soigné, mais un respect réciproque, une égale liberté, une égale dignité.

Le respect et la confiance indispensables que le patient porte à celui qui va l'aider ne peut naître que du respect et de la confiance que lui témoigne celui qui soigne.

Respecter, c'est *inviter* à entrer, *prier* de s'asseoir, *proposer* de raconter.

Il n'est pas toujours possible d'éviter totalement les abus de pouvoir ou d'influence. Il est facile de sous-estimer la gêne ressentie et non exprimée d'une patiente plus fragile, plus réticente. Le temps et les explications donnés, l'attention accordée, permettront de réduire l'espace d'incertitude du consentement.

N'importe quel geste thérapeutique, s'il n'est pas accompagné de paroles, peut être considéré comme un abus, abus de pouvoir, et en ce qui concerne la rééducation périnéale abus sexuel. Les abus sexuels manifestes de la part des praticiens existent mais sont exceptionnels très heureusement. Par contre les craintes d'abus de la part des patientes, les craintes de plaintes de la part des praticiens, sont nombreuses et fondées sur l'organisation des soins, face à face, patiente et thérapeute. Aux Etats-Unis une telle situation est impossible : pour toute consultation une infirmière ou une assistante, tierce personne, est présente dans la salle d'examen. Certains praticiens souhaiteraient renoncer à tout examen, à toute technique manuelle ou même endo-cavitaire, pour se mettre à l'abri d'accusations, d'erreurs d'interprétation, de tentations ou pour satisfaire la pudeur de leurs patientes. Cela revient à renoncer à pratiquer la rééducation périnéale :

rééduquer les chevilles ou les genoux met aussi à l'abri. La solution est d'expliquer avec des mots simples chaque geste thérapeutique, de dire ce que l'on va faire, pourquoi on va le faire, et de laisser le temps à la personne d'accorder implicitement ou explicitement son assentiment.

4.L'interrogatoire, un accès à l'intimité : l'éthique du tact

Le consentement commence dès le premier contact, dès les premières minutes du premier rendez-vous : l'interrogatoire, terme qui comporte bien en lui-même toute l'exhaustivité qui dénie le droit à l'omission, fait référence à l'intimité. L'interrogatoire est le premier temps de toute rééducation, et c'est le premier temps de toute rééducation périnéale : le rééducateur commence par interroger le sujet. L'objectif de cet interrogatoire est de faire préciser au sujet le motif de sa venue, sa plainte, sa gêne. Le praticien invite le patient à parler de ce qui le gêne, à expliciter sa plainte. On comprend bien toute la difficulté à surmonter la honte, la pudeur, pour évoquer une incontinence urinaire ou anale, une gêne sexuelle.

Toutes les questions posées dans le cadre de cet interrogatoire seront susceptibles de faire appel aux émotions de la personne : l'âge peut être mal accepté particulièrement autour de la ménopause pour les femmes. La simple question du nombre d'enfants peut être douloureuse pour une femme qui rencontre des difficultés à mener à bien une grossesse. On peut se poser la question de l'opportunité d'interroger les personnes sur leur sexualité, mais cette plainte étant très souvent masquée par d'autres plaintes si le thérapeute n'aborde pas le sujet il risque de passer à côté du motif principal de consultation. Evoquer l'éventualité d'une gêne sexuelle n'impose pas à la personne d'y répondre directement ou même franchement. C'est une façon de signifier que l'on peut aussi prendre en compte une difficulté sexuelle éventuelle. Les questions posées seront indirectes, tout en restant discrètes.

Dès les premières minutes du premier rendez-vous, patient et thérapeute déroulent ainsi une grande partie de l'intimité du sujet. La qualité de ce premier contact va conditionner toute la rééducation : si le patient rencontre les éléments qui vont lui permettre de faire confiance, le thérapeute aura accès aux informations qui lui seront nécessaires pour construire une stratégie thérapeutique. La confiance et le respect réciproque sont en effet indispensables pour une adhésion au traitement :

régularité dans les séances et les exercices proposés, modifications des règles d'hygiène de vie, etc.

L'éthique du tact avec la délicatesse, la discrétion et le temps offert pour ne pas soumettre la personne à un feu roulant de questions inquisitrices est un premier outil de communication.

La rigueur du praticien ensuite, qui guide le patient lors de son récit, l'invite à préciser sa plainte sans se perdre dans les détails, permet de cerner l'essentiel de ses symptômes et éclaire le patient sur le traitement à envisager : cette rigueur rappelle au patient et à son rééducateur qu'il ne s'agit pas de confidences ni de confessions mais de l'échange indispensable d'informations en vue du traitement.

5. Quelles sont les valeurs qui peuvent nous guider dans le choix des techniques ?

Seul le bilan permet d'établir une stratégie thérapeutique (6).

L'examen clinique soigneux et précis est le seul appui pour choisir les techniques à utiliser : c'est une des valeurs de la kinésithérapie. Il n'est pas possible de déterminer a priori des techniques à utiliser, de celles à éviter. Le raisonnement doit se faire en fonction des résultats du bilan fonctionnel : à un déficit doit correspondre une technique appropriée. Il ne saurait y avoir une seule technique qui répondrait à tous les déficits. L'argument éthique de ceux qui se réfugient dans le « tout manuel » ou « tout instrumental » n'est pas recevable.

Certains praticiens écartent d'emblée des techniques sans les proposer au consentement de leurs patients. Le refus radical pour certains de recourir aux techniques instrumentales exprime une confusion entre techniques instrumentales et instrumentalisation du sujet. C'est d'ailleurs oublier que la main est un instrument : la main est le premier outil de l'homme. Ces praticiens expriment une critique des techniques scientifiques, cherchent à supprimer l'intermédiaire technique entre le soignant et le sujet. Si cette réaction contre toute forme de soin exclusivement technique est fondée, il n'est pas légitime de renoncer a priori à toute technique instrumentale au nom du bien du sujet, ce bien passant par la correction des troubles. De la même façon la rééducation ne pourra pas se réduire aux seules techniques instrumentales. Le praticien devra se tourner vers les techniques les plus efficaces et les associer pour composer le traitement le plus

adapté possible. Tous les présupposés entraînent des soins tronqués, partiellement efficaces, qui sont des refus de soigner, des pertes de chances par le patient.

La loi vient ici recouvrir l'éthique : nous avons une obligation de moyens, l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens connus susceptibles d'améliorer l'état du sujet. Si le choix des techniques dépend du bilan des déficits, alors ces techniques devront être validées comme étant efficaces pour ces déficits.

6. Soins utiles, soins futiles ? La nécessité d'évaluer

De récentes mises en doute sur l'utilité et la légitimité de la rééducation périnéale ont suscité une vive émotion des kinésithérapeutes pratiquant cette rééducation depuis de nombreuses années(1, 11). Les kinésithérapeutes formés à la rééducation périnéale sont confrontés à cette réalité : ils ont à faire la preuve de l'efficacité de leurs techniques. Le travail de validation des techniques, de partage et de transmission des connaissances est à poursuivre. De nouveaux outils d'évaluation sont disponibles pour mesurer et affirmer l'efficacité de cette rééducation. La mesure, l'objectivation scientifique, la rigueur, sont des outils qui vont dans le sens d'une plus grande qualité. Les échelles de qualité de vie sont validées et permettent de quantifier les paramètres subjectifs du retentissement de la gêne sur la qualité de la vie.

Le kinésithérapeute n'a pas l'habitude de travailler dans cette perspective d'évaluation : traditionnellement c'est la satisfaction des patients qui vient légitimer son intervention. La confiance mutuelle, le respect réciproque entre le soignant et le soigné inclut implicitement l'honnêteté du praticien sans laquelle il ne saurait exister de confiance ou de respect. L'irruption entre le soignant et le soigné de l'instance payante vient perturber cet équilibre, en introduisant un soupçon. Il s'agit d'une mise en accusation systématique, du patient comme consommateur abusif, du praticien comme dispensateur de soins futiles. Les uns et les autres sont ainsi présumés coupables, et sommés de faire la preuve de leur besoin de se faire soigner pour les patients, de l'efficacité de leurs soins pour les soignants. Ce renversement de tendance est peut-être regrettable, mais il apparaît comme irréversible.

Cependant il n'est pas incohérent dans un contexte de déficit économique de s'assurer du bien-fondé des soins dispensés et de leur qualité. L'ANAES(2) a à

juste titre déploré l'absence d'études statistiquement significatives lors de la rédaction des recommandations de bonne pratique en rééducation postnatale. Le même constat pourra être fait pour d'autres indications de la rééducation périnéale. Il existe des études difficiles à interpréter parce que comportant un biais : nombre de patients insuffisant, groupes non homogènes, techniques d'évaluation non fiables parce que dépendant de l'examineur. Et au total, il n'existe que peu d'études concernant l'efficacité de la rééducation, au regard de toutes celles concernant les traitements chirurgicaux ou médicamenteux.

Si on compare les budgets de recherche dont disposent les laboratoires pharmaceutiques avec ceux consacrés à la recherche en rééducation, quasi inexistantes, on aura une première explication à ce manque de validation. L'essence même de la rééducation fournit une deuxième explication : il s'agit d'une stratégie thérapeutique non médicamenteuse associant plusieurs techniques au cours du même traitement. L'évaluation statistique s'applique beaucoup plus facilement aux stratégies thérapeutiques médicamenteuses, testant une nouvelle molécule versus une molécule validée ou versus un placebo. L'équivalent n'est pas réalisable pour la rééducation. Il faut valider séparément chaque technique, ce qui impose des séances de rééducation incomplètes ou une liste d'attente. S'il est possible en théorie d'imaginer randomiser les techniques par tirage au sort la réalisation d'une telle étude en milieu libéral est très problématique. 90% des séances de rééducation sont effectuées en milieu libéral où les patients sont aussi des clients. L'investissement en temps pour le patient est conséquent. Se soumettre à une étude imposera un doublement des séances : une première série pour valider la technique, une deuxième pour compléter le traitement par les techniques non tirées au sort. Un autre problème se pose : qui va payer ces séances surnuméraires ? On en revient à la question des budgets de recherche. S'il existe aussi peu d'études sur la rééducation périnéale en France, ce n'est pas que cette rééducation ne soit pas utile, reproductible, rigoureuse, scientifique. C'est qu'il n'y a pas eu de volonté politique à questionner son efficacité. La rééducation périnéale est née de l'obstination de quelques-uns, elle s'est développée grâce à la conviction de quelques-autres. Elle a atteint sa maturité et est aujourd'hui prête à la confrontation scientifique, à l'évaluation. Sa pérennité dépendra des moyens qui seront accordés à cette évaluation.

7.Place et limite de l'écoute

Pour la rééducation périnéale, la personne est dénudée, allongée, détendue, dans un état propice à la régression, aux confidences. Elle est fragilisée par une atteinte dans son intimité, elle est donc vulnérable.

La plainte organique s'accompagne toujours d'une plainte symbolique : une cicatrice, un accouchement, une chirurgie, impliquent une rupture, un passage d'un état à un autre, un deuil. La plainte organique est à «réparer », la plainte symbolique est à écouter, dans le respect des limites de notre exercice et de notre compétence. Le rééducateur comme le patient ne doivent pas oublier le sens de la plainte initiale, qui est organique.

Cependant pour tous les troubles touchant à cette région intime, plus encore que pour les rééducations s'adressant à d'autres parties du corps, une grande richesse symbolique va s'exprimer. Le praticien rencontre l'intimité du sujet, son histoire, sa généalogie, sa façon de s'accepter, son identité. Chaque trouble va rencontrer un écho dans le psychisme de la personne, écho plus ou moins présent à la conscience, parfois angoissant, envahissant.

Ces pathologies touchant la sphère périnéale sont parfois très difficiles à vivre. Une patiente sévèrement handicapée par une incontinence témoignait : « si ça ne s'était pas arrangé je me serais supprimée ». Parfois, l'angoisse de la personne n'est pas proportionnée au handicap et une grande partie du travail de la rééducation consistera à rassurer la personne sur ses compétences fonctionnelles. Face à ces manifestations émotionnelles exprimées par les patients, le praticien est parfois touché dans ses propres espaces de vulnérabilité. Peu ou pas préparé à ce rôle d'écouter le praticien est souvent désarmé, avec son bon sens et son expérience humaine pour tout bagage. La mise en commun des difficultés rencontrées, l'échange avec des professionnels ayant la même expérience, sous la forme de groupes de soutien serait peut-être une aide.

III. La rééducation périnéale postnatale

1.Des abdominaux au périnée : la rééducation périnéo-abdominale

L'intérêt médical de la rééducation postnatale a été récemment mis en doute par le ministre de tutelle (11) ce qui a stupéfait et choqué la communauté prenant ces soins en charge autant les kinésithérapeutes que les sages-femmes (14).

Historiquement la rééducation postnatale est devenue systématique et remboursée à 100% par la sécurité sociale dans les années 60. A cette époque dix séances étaient prescrites à toutes les femmes venant d'accoucher, et il s'agissait de rééducation abdominale. Les kinésithérapeutes formés à la rééducation périnéale ont alerté les autorités médicales sur les dégâts qu'entraînaient ces rééducations abdominales : les exercices classiques d'abdominaux créant de trop fortes contraintes de pression intra-abdominale, entraînaient ou aggravaient des incontinences et des prolapsus («descentes d'organes»). A partir des années 80 la rééducation périnéale postnatale a progressivement remplacé la rééducation abdominale postnatale. Ce type de prise en charge, limité à la paroi périnéale, ne permettait pas de corriger d'éventuelles hypotonies abdominales et laissait totalement de côté la prise en charge du rachis. Différents auteurs ont montré que la paroi abdominale avait un rôle à jouer dans la statique lombo-pelvienne, et ont proposé des techniques de renforcement du tonus sans hyperpression donc sans conséquences néfastes sur la paroi périnéale (4, 5, 10) Ces dernières années la proposition était plutôt une rééducation périnéale et abdominale. Les recommandations de l'ANAES(2) vont dans ce sens : un consensus s'est fait en faveur d'une prise en charge rééducative selon trois axes pour le post-partum, associant rééducation périnéale, rééducation abdominale et rééducation posturale.

2.L'utilité de la rééducation postnatale n'est pas prouvée

L'ANAES(2) a pointé l'absence d'études statistiquement significatives pour prouver l'utilité de la rééducation postnatale.

La récente enquête IPSOS a montré l'incidence de la parité sur l'incontinence urinaire d'effort. Aujourd'hui il est prouvé que ce sont les accouchements et les grossesses qui sont responsables de la plus grande majorité des incontinences d'effort. Il semblait donc évident qu'il fallait proposer une prévention à ces

femmes venant d'accoucher, c'est ce que les rééducateurs ont fait, ces vingt dernières années, convaincus de leur utilité au point de négliger de prouver cette utilité. B. M. Dupont posait la question : « l'absence de preuve équivaut-elle à la preuve d'absence ? »

Il n'est plus possible dans le contexte économique actuel de se contenter d'affirmer une utilité. Cette utilité est à démontrer et à mesurer, ce qui impose une harmonisation des pratiques et de la qualité des soins dispensés.

La rééducation périnéale postnatale n'est qu'une partie de la rééducation périnéale, qui s'adresse comme nous l'avons vu à des enfants, des hommes, des personnes âgées, des femmes de tout âge à distance des accouchements éventuels. Cependant la lettre clé codifiant les actes de rééducation périnéale est unique et ne permet pas de distinguer et donc de recenser les actes destinés au post-partum.

Un des moyens qui permettrait l'évaluation de la rééducation postnatale serait une lettre clé spécifique au post-partum(13).

Le caractère systématique de la prescription de rééducation après chaque accouchement permettait de dépister les troubles de la continence et de la statique pelvienne, même en l'absence d'une symptomatologie gênante. Le grand nombre de ces jeunes accouchées présentant une musculature affaiblie, une statique pelvienne fragilisée justifiait pleinement la mise en œuvre de la rééducation postnatale pour chaque accouchement. La rééducation s'adresse aux muscles, donc peut restaurer le tonus et la force de la musculature périnéale, mais elle n'est que palliative face aux lésions ligamentaires, en cas de prolapsus, au mieux elle peut lutter contre leur aggravation lorsque les lésions ne sont pas trop importantes. Si les soins post-partum n'étaient plus remboursés de façon systématique, seules les femmes les plus gênées auraient encore accès à la rééducation postnatale. Toutes les autres devraient attendre d'être gênées. Il serait alors trop tard pour mettre en place les moyens de prévention. Le coût financier et humain de ces dommages serait plus lourd pour la collectivité que celui des dix séances actuellement remboursées.

La question de l'utilité de la rééducation postnatale est complexe parce que se pose alors la question de son objectif : quel est l'objectif de la rééducation postnatale aujourd'hui ? Quelle « réparation » serait légitime médicalement parlant ? Cette question renvoie à d'autres interrogations, d'autres définitions. Il

faudrait définir la place de la femme devenue mère dans notre société. Plus largement il faudrait définir les concepts philosophiques de corps, de santé, de nature, de prévention, de solidarité. Le statut accordé aux séquelles des accouchements sera différent selon les définitions retenues.

La rééducation périnéale postnatale réalise vraisemblablement une prévention de l'incontinence et des prolapsus, qui sont des problèmes de santé publique(3). Elle permet en outre un accompagnement des jeunes accouchées, leur donnant un interlocuteur à questionner, qui pourra les informer, les rassurer, autant que les rééduquer (8, 12). Il est possible d'évaluer son impact en terme de qualité de vie.

Il semble souhaitable de mettre en place les moyens qui pourront spécifier la rééducation périnéale postnatale et qui permettront de mesurer son impact sur les différents axes thérapeutiques qu'elle poursuit.

3. Deux professions se partagent la compétence

Dans le cadre de la rééducation périnéale postnatale les deux professions de kinésithérapeute et de sage-femme se partagent la compétence.

Historiquement les deux professions coexistaient et assuraient tout type de rééducation périnéale, à condition de disposer des moyens d'exercer cette rééducation, une formation complémentaire faisant partie de ces moyens. Les sages-femmes se formaient aux techniques de rééducation, les kinésithérapeutes se formaient à l'abord spécifique du périnée.

Les compétences ont été redéfinies: actuellement le décret de compétences accorde la rééducation périnéale postnatale aux sages-femmes dans la limite des trois premiers mois après l'accouchement. La compétence des kinésithérapeutes commence là où s'arrête celle des sages-femmes, à partir du troisième mois après l'accouchement.

Cette définition des compétences est théorique et inapplicable pour plusieurs raisons. La démographie professionnelle ne permet pas à une des deux professions d'assumer à elle seule la totalité des séances de rééducation postnatale quel qu'en soit le délai. Les kinésithérapeutes peuvent se référer à leur décret de compétences qui leur permet de prendre en charge tout trouble fonctionnel préexistant à la grossesse, ce qui contredit l'exclusion de leur profession dans le délai des trois premiers mois.

Le partage des compétences se fait entre des professions qui n'ont pas la même formation, la même expérience, la même culture. Les formations qui permettent aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes d'aborder la rééducation périnéale ne sont pas communes et n'ont pas le même contenu.

Il existe des professionnels consciencieux et compétents dans les deux professions, mais la formation des sages-femmes ne leur permet pas toujours de maîtriser la physiopathologie sphinctérienne et les applications de l'électrophysiologie. De même la formation des kinésithérapeutes est parfois très succincte en ce qui concerne la maternité, la grossesse et l'accouchement, l'allaitement.

Dans le meilleur des cas le professionnel qui s'engage à prendre en charge la rééducation postnatale va développer sa curiosité, aller chercher les connaissances et compétences qui lui manquent ou se mettre en relation avec d'autres professionnels qui disposent de ces compétences afin de travailler en complémentarité.

Malheureusement, trop souvent chaque professionnel se tourne vers les gestes et techniques qu'il maîtrise le mieux, quels que soient les besoins du patient. Ainsi il existe un courant de pensée chez les sages-femmes qui tend à discréditer totalement toute technique instrumentale et à les considérer comme superflues : leur rééducation est alors exclusivement manuelle ce qui n'est pas suffisant pour traiter les insuffisances sphinctériennes. Certaines de ces sages-femmes ne disposent d'ailleurs pas du matériel permettant le recours aux techniques d'électrostimulation et de bio-feed-back.

A l'autre extrême il existe de nombreux kinésithérapeutes qui se dispensent totalement des techniques manuelles, et mettent en place une électrostimulation ou une séance de bio-feed-back dont ils ne sont pas en mesure d'apprécier l'efficacité, et qui ne permet pas la prise de conscience périnéale.

Les uns et les autres dissimulent alors ces soins tronqués et commodes à effectuer derrière de faux arguments éthiques.

Actuellement les rééducateurs des deux professions sont plutôt dans une optique de complémentarité (2). Leurs compétences sont à échanger, à partager et à harmoniser pour la meilleure prise en charge possible des rééducations postnatales.

4. Les valeurs de la kinésithérapie au service de la rééducation périnéale postnatale

Etymologiquement la kinésithérapie c'est la thérapie par le mouvement. La profession se définit comme masso-kinésithérapie, ce qui inclut les techniques de massages et toutes les thérapies manuelles. C'est l'éthique du toucher, de la relation entre deux personnes mettant en jeu deux corps. C'est le mouvement, le mouvement de vie, redonner vie en remettant en mouvement. C'est construire des perceptions à partir de sensations, construire une image mentale à partir de perceptions: mieux percevoir, mieux comprendre, pour mieux récupérer une fonction, pour pouvoir ensuite laisser la place à des automatismes corrigés.

Ces valeurs fondamentales ont toute leur place en rééducation périnéale mais la particularité de la région du corps concernée impose des ajustements.

L'éthique du toucher est un des fondements de la kinésithérapie. C'est la rencontre entre deux personnes à travers deux corps. Le colloque singulier(9) se fonde sur un face à face, sur un échange de regards, sur un échange de paroles. A travers l'expérience du toucher un autre sens devient source d'informations et d'échanges. La relation de soins s'enrichit de cette dimension, de cet engagement physique du soignant, de sa présence qui se donne, qui donne à sentir, à ressentir. Cela implique une disponibilité à l'autre à partir de sa disponibilité à soi, conduire l'autre dans sa rencontre avec ses perceptions à partir de notre propre rencontre avec nos perceptions.

Cette rencontre pour la rééducation périnéale se fait à travers une partie du corps qui n'est pas une partie comme les autres, le périnée donnant accès à ce qu'il y a de plus intime dans la personne parce que mettant en communication l'intérieur avec l'extérieur, le dedans avec le dehors. Cela impose plus que pour toute autre rééducation tact et respect. En expliquant, en explicitant, le praticien peut donner du sens à ses pratiques : il va s'appuyer sur les résultats du bilan clinique, puis sur les résultats obtenus.

Dans le cas d'une rééducation postnatale, la découverte de la maternité, capacité jusque-là ignorée du corps et révélée dans l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, vient bouleverser les représentations du corps, du sexe féminin et du couple de la jeune mère. Les semaines qui suivent l'accouchement sont des

moments d'émotions intenses et ambivalentes(8, 12). Après avoir découvert son corps dans la métamorphose de la grossesse, dans la violence de l'accouchement, la jeune femme ne reconnaît plus tout à fait ce corps changé, qu'elle perçoit souvent comme abîmé. Ce corps qui n'est plus habité par l'enfant est perçu comme vide, et sa réappropriation est lente, laborieuse. C'est un des rôles de la rééducation postnatale que de guider la jeune accouchée vers des retrouvailles avec son propre corps. Cette rééducation va lui permettre de retrouver les fonctions altérées, et de renouer avec ses perceptions. Le toucher, en donnant à sentir, à ressentir, est la thérapie la mieux appropriée pour ce travail de prise de conscience, de perception. Le tact, la bienveillance permettent l'établissement d'une relation thérapeutique de double confiance, dans laquelle le consentement trouve toute sa place et toute sa valeur. Le praticien dit ce qu'il va faire, puis fera ce qu'il a dit. Le gain apporté alors dans les perceptions de la patiente, en quelques minutes, vient conforter la légitimité fondée sur le crédit de confiance. Les résultats ne sont pas à eux seuls une justification : la fin ne justifie pas les moyens. Ils viennent cependant consolider la crédibilité accordée au praticien et nourrir à nouveau la confiance donnée.

A travers la découverte de ses perceptions, la patiente prend conscience des altérations de sa fonction périnéale: fatigabilité musculaire, manque de force, de tonus ou hypertonie douloureuse, cicatrice sensible, gênante. Au fur et à mesure que le praticien effectue le bilan fonctionnel, il porte à la conscience et donne à sentir à la patiente les déficits qui seront les points de départ du traitement. Les techniques proposées seront d'autant plus facilement acceptées que les troubles seront mieux compris, perçus, repérés. Le traitement sera au départ le plus analytique possible, pour corriger chaque trouble à l'aide de la ou des techniques appropriées. Les acquis seront réintégrés dans la globalité : il faut inclure l'organe dans la fonction, la fonction par rapport aux fonctions voisines, la fonction par rapport à l'ensemble du corps, dans la gestuelle et le schéma corporel.

5. Les valeurs à chercher en dehors de la kinésithérapie

Certaines valeurs sont à chercher ailleurs, pour le kinésithérapeute.

La kinésithérapie est un champ thérapeutique particulier, tourné vers la mise en mouvement, la récupération, le progrès, même si cette profession a son rôle dans les pathologies chroniques évolutives et les soins palliatifs.

La mort est absente de la formation initiale et des formations à la rééducation périnéale. L'accouchement est un moment de la vie où tout peut basculer, pour la mère comme pour son enfant. La perte d'un enfant est parmi les pertes les plus difficiles à vivre. Elle a été caractérisée de deuil impossible. Les sages-femmes dont l'expérience les confronte avec cette réalité, la proximité de la vie et de la mort, la fragilité de la vie, sont mieux armées que les kinésithérapeutes pour aider à ce passage, cette transmission de la vie. La dimension métaphysique de la maternité, de la sexualité, de la parentalité, leur est plus accessible. Les kinésithérapeutes qui souhaitent prendre en charge la rééducation périnéale pourront emprunter ces valeurs aux sages-femmes. Ils peuvent solliciter les maternités pour être présents en salle de naissance et faire ou refaire l'expérience de la violence des émotions qui y trouvent leur place.

L'éthique de la relation thérapeutique n'est pas contenue dans la formation professionnelle, et reste à chercher ailleurs, particulièrement pour la rééducation périnéale. Le praticien est confronté à une personne qui souffre dans son intimité, son identité.

Le risque est pour le praticien d'être déstabilisé par la souffrance exprimée par la patiente, qu'il rencontre soit à travers le dialogue, soit à travers les tensions perçues directement par le toucher. Il peut aussi projeter sur la patiente ses propres angoisses d'homme ou de femme, et substituer au projet de la personne ce que lui aurait voulu à sa place. Il ne s'agit pas de proposer un traitement « à la carte » mais de donner à la personne les informations nécessaires et le temps suffisant pour qu'elle s'associe au projet thérapeutique que l'on formera avec elle à partir des éléments du bilan.

Conclusion

La rééducation périnéale a pour objectif de s'opposer à la fatalité de l'incontinence. Autrefois les femmes voyaient leurs fonctions périnéales (continence urinaire et anale, statique pelvienne, fonction sexuelle) plus ou moins altérées par les grossesses et les accouchements. Les contraintes de la vie quotidienne venaient ensuite au fil des années poursuivre l'installation de la pathologie. La rééducation postnatale permet aux femmes de restaurer leurs fonctions périnéales après chaque accouchement sans attendre une incontinence avérée ou un prolapsus majeur pour être prises en charge.

La rééducation périnéale n'est pas une rééducation comme une autre. Parce qu'elle s'adresse à une région intime du corps elle demande plus que pour n'importe quelle autre rééducation du tact, de la délicatesse. Parce qu'elle n'est jamais anodine, parce qu'elle n'est jamais prise à la légère ni par le praticien ni par la personne, elle demande plus de rigueur. Les symptômes d'incontinence, de dégradation, contre lesquels elle lutte, justifient pleinement, à notre avis, le caractère systématique d'une prévention, qui devrait être la plus large possible.

Le questionnement éthique peut éclairer et structurer la nécessaire amélioration des pratiques et l'harmonisation la qualité de l'offre de soins. Il permettra d'encadrer les validations des techniques. Ce questionnement éthique viendra aussi démonter les faux arguments, qui servent de prétexte à des soins tronqués, à des chirurgies hâtives, à des coupes budgétaires hasardeuses.

La réflexion pourrait aller plus loin, dépasser le cadre des pratiques de soins, et questionner les résistances à la restauration d'une fonction périnéale pour les hommes et les femmes concernés par cette rééducation.

Les objectifs de la rééducation postnatale restent à définir et ne pourront être définis sans aborder les notions philosophiques que sont le corps et son intégrité, la dignité et la déchéance, être femme, devenir mère. Il serait intéressant de chercher comment la rééducation peut se placer dans cette lutte contre la fatalité d'un prix à payer de la maternité.

La particularité des soins de rééducation est de mettre le patient au cœur du processus thérapeutique, à la fois acteur et sujet du traitement, le soignant étant un guide vers l'autonomie. Il faudrait définir l'autonomie, la liberté, la dignité.

Le questionnement devient alors une ressource, une interrogation pour laquelle il n'existe pas de réponse unique, pour laquelle il ne saurait y avoir de réponse une fois pour toutes. Poursuivre cette réflexion peut apparaître comme un devoir du soignant. L'interrogation éthique vient soutenir les valeurs de dignité humaine dans les soins, mais aussi dans la défense de ces soins, au présent pour chaque personne soignée, mais aussi au futur pour toutes les personnes qui auront à en bénéficier à l'avenir.

Bibliographie

1. Gérard Amarenco, «Evaluation de la qualité de vie dans l'incontinence urinaire de la femme : plus de questions que de réponses... ou les fausses vérités d'une science inexacte », *Correspondances en pelvi-périnéologie*, n°1 ; vol. III, janvier/ février/ mars 2003, p. 3 ; « Que restera-t-il de la rééducation périnéale ? », n°2-3, vol. II, septembre 2002, p. 54 ; « Urètre, sphincters et continence urinaire de la femme : l'éternel débat », *Correspondances en pelvi-périnéologie*, n°4, vol. II, octobre/novembre/ décembre 2002, p. 3.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), *Recommandations en rééducation dans le cadre du post-partum*, 2003.
3. Martine Bernard, *Le périnée descendant des jeunes femmes. Symptomatologie clinique*, 3èmes journées en Périnéologie, La Rochelle, octobre 2003.
4. Marcel Caufriez, *Gymnastique abdominale hypopressive*, MC Editions, Bruxelles, 1997.
5. Hélène Colangeli-Hagege, *L'hypotonie abdominale ou les abdominaux oubliés*, 2èmes journées en Périnéologie, Cannes, octobre 2001.
6. Hélène Colangeli-Hagege, *Ethique et périnéologie*, 3èmes journées en Périnéologie, La Rochelle, octobre 2003.
7. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948.
8. Jean-Marie Delassus, *Le sens de la maternité*, Dunod 1995.
9. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Chap. VII, «voir, savoir », p.107.
10. Sandrine Galliac-Alanbari, *Abdominaux respectueux des releveurs*, 3èmes journées en Périnéologie, La Rochelle, octobre, 2003.
11. *Kiné actualité* n°908, 18 septembre 2003, p. 2.
12. Françoise Molénat, *Mères vulnérables*, Stock, 1992.
13. Société Française de Rééducation Périnéale, *Motion en faveur d'une lettre-clé spécifique du post-partum*, 3^{ème} Journées en Périnéologie, La Rochelle, octobre 2003.
14. SFKP, www.journees-perineologie.fr.st