

Sage-femme de périnéologie : une pratique bien ancrée à la Maternité

Autor(en): **Opérial Pesss, Sophie / Visinand, Cathy**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 9

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949095>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Sage-femme de périnéologie: une pratique bien ancrée à la Maternité

Souvent tabous et donc mal traités, les troubles périnéaux peuvent toutefois être prévenus dès la grossesse. Lors du post-partum, les sages-femmes spécialisées constituent un appui important pour toutes les questions des femmes en lien avec leur périnée. C'est notamment le cas aux Hôpitaux universitaires de Genève.

TEXTE:
SOPHIE OPERIOL PESSE ET CATHY VISINAND



Anjé Kroll-Witzer

Les troubles périnéaux sont l'une des complications principales de la période périnatale. Ils sont souvent méconnus et surtout tabous. Les femmes peinent en effet à signaler une incontinence ou une dyspareunie. Elles peuvent éprouver un profond sentiment de honte et pensent souvent qu'il s'agit d'un phénomène normal, héréditaire, voire d'une fatalité. Afin de répondre aux besoins des patientes, les sages-femmes de la Maternité des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sont en première ligne, à chaque étape de la grossesse et du post-partum.

La grossesse

La grossesse est le moment idéal pour renseigner autour du périnée. Durant cette période, la sage-femme va avant tout:

- informer et identifier les facteurs de risque;
- dépister les femmes symptomatiques;
- orienter ces femmes.

Notons que c'est en premier lieu la grossesse qui est délétère pour le périnée, vient ensuite le mode d'accouchement. Il est de la responsabilité de la sage-femme, tous services confondus, de demander impérativement à chaque femme enceinte si elle arrive à retenir l'urine, les gaz et les selles et si elle présente des douleurs périnéales.

La sage-femme doit également prendre en compte que certains éléments peuvent favoriser l'apparition d'une incontinence urinaire, comme une mauvaise posture, une constipation, une obésité, du tabagisme ou

encore des activités physiques à fort impact. Tout cela doit être notifié dans le dossier de la patiente, de même que les principaux facteurs de risque associés à la survenue d'une déchirure périnéale de degré 3 ou 4, comme par exemple la macrosomie fœtale (Gyhagen *et al.*, 2013; Haute Autorité de Santé, [HAS], 2012) ou un antécédent de déchirure du sphincter anal. Si nécessaire, la patiente sera alors adressée à un-e professionnel-le de la périnéologie, la rééducation périnéale constituant un traitement dit de première intention pré et postnatale (Deffieux, 2009).

En cas d'antécédents

Pour une patiente qui présente un antécédent de déchirure du sphincter anal ou une incontinence anale, il est souhaitable de procéder à un examen du périnée (avec échographie endoanale à ultrasons) aux alentours de la 36^e semaine de grossesse. A noter que ces lésions sont occultes dans 28% à 48% des cas (Villot *et al.*, 2016). Le risque d'une atteinte du même type lors d'un deuxième accouchement par voie basse est majoré de deux à sept fois avec un risque absolu toutefois faible qui se situe entre 5 à 8%. Ce risque est majoré en cas d'accouchement instrumenté ou d'épisiotomie médiane, gestes qu'il faudra éviter. Le risque d'affecter la continence fécale en cas de nouvel accouchement par voie basse est controversé et ne présente pas une contre-indication absolue en l'absence de symptômes préalables. Il faut discuter avec

la patiente et avoir un choix concerté. Si la patiente désire tenter une voie basse, il ne faudra pas effectuer d'épisiotomie de routine, mais, en cas de nécessité, plutôt pratiquer une épisiotomie médio latérale droite. Il faut éviter les accouchements instrumentés, et si c'est vraiment nécessaire, préférer la ventouse. Proposer une césarienne prophylactique paraît raisonnable s'il y a eu une réparation sphinctérienne secondaire après le premier accouchement (éviter la récurrence) et en cas d'incontinence fécale persistante après le premier accouchement (éviter l'aggravation).

Pour toute grossesse physiologique

Les femmes qui désirent pratiquer le massage périnéal durant la grossesse sont encouragées à le faire, une à deux fois par semaine dès la 35^e semaine (Beckmann, *et al.*, 2013). Celui-ci diminue le taux d'épisiotomie, les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz. Il n'a en revanche aucune incidence sur le taux d'incontinence uri-

Certains éléments peuvent favoriser l'apparition d'une incontinence urinaire, comme une mauvaise posture, une constipation, une obésité, du tabagisme ou encore des activités physiques à fort impact.

naire et les déchirures (Collège national des gynécologues et obstétriciens français, [CNGOF], 2018). Aucun bénéfice n'a été rapporté concernant l'utilisation du dispositif Epi-No (CNGOF, 2018).

Les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien peuvent être débutés dès la 20^e semaine (Battut,



La rééducation périnéale aux HUG en 2019

Elle comprend:

- Une équipe de trois sages-femmes qui assurent environ 2500 consultations annuelles;
- Un cours de gymnastique abdomino-pelvien, tous les mardis de 14 h 30 à 16 h, ouverts aux femmes de tout âge;
- 220 visites spécialisées au post partum;

La rééducation périnéale (neuf séances) est remboursée par la LAMal, franchise et 10 % à la charge des patientes. Une ordonnance médicale est nécessaire. Le cours de gymnastique coûte CHF 250.- les huit cours de 1 h 30, il n'est pas pris en charge par les assurances.

2010). Ils diminuent l'incontinence urinaire de fin de grossesse de 40 %, et de 30 % jusqu'à six mois post-partum (Woodley, *et al.* 2017).

A l'accouchement, durant la deuxième phase du travail, le massage périnéal et l'application de compresses chaudes augmentent les chances de conserver un péri-

née intact et diminuent le risque des déchirures de troisième ou quatrième degré (Aasheim, *et al.*, 2017).

L'accouchement dans l'eau diminue les traumatismes périnéaux, les épisiotomies et les déchirures de 3^e et 4^e degré (Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, [UETMIS-CHUS], 2014).

Selon le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (recommandations 2018), la mesure prénatale de la distance ano-vulvaire ne permet pas de prédire la survenue d'une lésion périnéale du sphincter anal (CNGOF, 2018).

Le post-partum précoce

Afin de prendre soin de son périnée, chaque parturiente doit bénéficier de conseils avisés d'une sage-femme durant les premières heures qui suivent l'accouchement. La mise en place d'actions simples et ciblées a rapidement un impact bénéfique pour les mères, à court et à plus long terme.

Aux HUG, les sages-femmes du post-partum ont la possibilité de solliciter leurs collègues du service de périnéologie lors de symptômes ou de traumatismes périnéaux importants. Elles possèdent aussi un document récapitulatif contenant les principales attitudes à suivre.

Rappelons les principaux symptômes et signes cliniques que les femmes peuvent présenter au post-partum: douleurs, déchirures, épisiotomies, coccydodynies, oe-

dèmes, hématomes, hémorroïdes, pesanteur, prolapsus, insensibilité, incontinence urinaire et/ou anale (gaz, selles) et sensations altérées de la réplétion vésicale.

Ecoute et réassurance

La priorité, rapidement après l'accouchement, est de valider le ressenti et la représentation que la femme a de sa région périnéale souvent traumatisée. Les parturientes ont besoin de comprendre la localisation des lésions et les causes. On entend par exemple souvent l'interrogation «Pourquoi n'a-t-on pas fait d'épisiotomie et a-t-on laissé le périnée se déchirer?». Avec des explications sur l'anatomie, ainsi qu'à l'aide d'un mannequin de bassin mais surtout en accordant du temps à la patiente, la sage-femme peut dédramatiser la situation. Il est encore une fois primordial de questionner la femme sur sa capacité à retenir ses urines, ses gaz, ses selles et sur la localisation et l'intensité de son inconfort.

Afin d'apaiser les patientes, il est utile de les informer sur les suites à plus long terme, à savoir qu'elles «... ont besoin d'au moins un an pour se rétablir après l'accouchement. Les changements hormonaux et physiques que le corps de la femme vit pendant la grossesse ne se terminent pas avec l'accouchement» (Wray, 2011). Elles doivent également savoir que l'incontinence, présente dans 15 % à 40 % des cas, disparaît spontanément à 85 % dans les trois mois après l'accouchement et qu'un tiers guériront spontanément entre 12 et 18 mois (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, [ANAES], 2002); Fritel *et al.*, 2012). Ces incontinences sont tolérées durant les dix premiers jours post-partum mais doivent nettement s'estomper durant le mois suivant l'accouchement.

Incontinence urinaire

Il est important d'encourager les femmes à signaler toute incontinence, douleur résiduelle ou gêne périnéale à la sage-femme ou au gynécologue lors du contrôle à six-huit semaines après l'accouchement. Ces problèmes ainsi inscrits dans le dossier seront connus lors d'une prochaine visite. Le suivi sera ainsi assuré sur le long terme. L'incontinence urinaire peut survenir en raison de l'étirement des muscles et des nerfs pelviens durant l'accouchement. Le système de verrouillage musculaire est alors relâché et les sensations de remplissage vé-

A l'accouchement, durant la deuxième phase du travail, le massage périnéal et l'application de compresses chaudes augmentent les chances de conserver un périnée intact et diminuent le risque des déchirures de troisième ou quatrième degré.

sical momentanément altérées. Dans ces cas, il est conseillé d'aller uriner chaque deux ou trois heures, durant deux ou trois jours, ou jusqu'au retour à la normale.

Une incontinence urinaire par regorgement peut apparaître lors d'un globe vésical. Dans l'idéal, la vessie sera mise au repos par le biais d'une sonde urinaire à demeure durant quelques jours, afin d'éviter des atteintes de l'innervation de la vessie sur le long terme. Le traitement sera poursuivi par la reprise des mictions spontanées aux 2-3h avec auto-sondages (résidu post-mictionnel de moins de 100ml environ) pour éviter la distension excessive du muscle détrusor et permettre sa récupération.

Prise en charge des douleurs

Les douleurs périnéales après l'accouchement peuvent nuire à l'instauration du lien entre la mère et son enfant, et à la capacité de le nourrir au sein. Les douleurs peuvent également augmenter le risque de rétention urinaire et de rapports sexuels douloureux, réduire le bien-être, et mener à un risque de dépression (Farrar *et al.*, 2013; Morin *et al.*, 2013).

Il est essentiel de s'assurer que la patiente reçoit un traitement anti-douleur adéquat et suffisamment dosé. En l'absence de contre-indication, il est recommandé de recourir, en plus du paracétamol 4 x 1 g/j, à de l'ibuprofène 600 mg 3 x/j ou un autre anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). De plus, une revue Cochrane démontre que «les suppositoires d'AINS sont associés à une diminution de la douleur jusqu'à 24 heures après l'accouchement, et l'analgésie supplémentaire requise est moindre» (Hedayati *et al.*, 2009).

Une poche à glace peut être appliquée sur la vulve pour une durée comprise entre 10 à 20 minutes. Elle diminue la douleur de manière significative dans les 24 à 72h qui suivent l'accouchement (East *et al.*, 2012).

Des positions antalgiques et de décharge du périnée sont proposées. Notons qu'en milieu hospitalier, les lits électriques incitent les patientes à remonter constamment le dossier. La position assise (ou semi assise) va favoriser les pressions et la stase au niveau du bassin. L'aménagement d'une position allongée dos plat avec les jambes surélevées permettra ainsi à la zone périnéale de respirer (voir figure 1). Se coucher et se lever du lit en roulant sur le côté va non seulement empêcher l'écartement des muscles

grands droits (risque de diastasis) mais également éviter la poussée des organes vers le bas et les tractions douloureuses sur la cicatrice périnéale. La patiente peut s'asseoir confortablement sur deux linges roulés, positionnés sous chaque fémur, de sorte que le périnée soit libre (voir figure 2).

Favoriser le bon rétablissement

Il s'agit de faire comprendre aux patientes que cette sphère affaiblie et souvent traumatisée a les capacités de se remettre spontanément de cet événement pour autant qu'on lui en donne les moyens.

Afin de permettre aux systèmes nerveux, musculaires et cutanés de récupérer, il est nécessaire de privilégier les positions de décharge et de limiter les stations debout prolongées.

En milieu hospitalier, l'utilisation de la potence du lit est fortement déconseillée. La traction concentre les forces sur les abdominaux et augmente les pressions périnéales. La constipation et la prévention des efforts de poussées aux toilettes doivent également être abordées par des conseils hygiéno-diététiques, la position facilitatrice pour

Les douleurs périnéales après l'accouchement peuvent nuire à l'instauration du lien entre la mère et son enfant, et à la capacité de le nourrir au sein.

aller à selles (pieds surélevés pour un angle fémur-bassin <90°, voir figure 3) et un traitement laxatif si nécessaire.

Les deux premiers mois post-partum constituent la période critique pour le plancher pelvien. Certaines actions peuvent être délétères, voire aggravantes pour certains troubles périnéaux consécutifs à l'accouchement, comme le port ou le déplacement de charges ou les activités physiques à fort impact (course à pied par exemple). Nous avons l'exemple de cette mère qui, à trois semaines post-partum, fait apparaître un prolapsus suite au déplacement de son canapé.

Figure 1

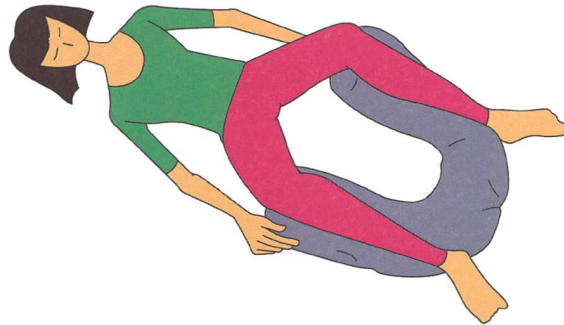


Figure 2



Figure 3



© Illustrations par Simon Ischopp

Orienter

A la sortie de la Maternité des HUG, les patientes reçoivent une brochure d'information comprenant les conseils et renseignements relatif au périnée et à la rééducation périnéale.

La rééducation du périnée

La rééducation périnéale améliore la qualité de vie des femmes (Dragomir *et al.*, 2011). C'est un traitement dit de première intention, destiné aux femmes de tout âge, ayant accouché ou non, durant les différentes étapes de leur vie.

L'information portée aux patientes avant la première séance est un acte thérapeutique en soi. Elle permet de rassurer les patientes (ANAES, 2000). Pour ce faire, aux HUG, chaque femme reçoit avec sa première convocation un document descriptif de la thérapie.

Les pathologies les plus courantes à traiter sont les incontinences urinaires (Dumoulin *et al.*, 2018) ou anales, les faiblesses périnéales, les douleurs ou encore les prolapsus. Un large éventail de moyens est proposé afin de pouvoir répondre à la problématique de chacune.

Dans un premier temps, un examen clinique de la zone abdomino-périnéale, un testing vaginal ainsi que des exercices de base comprenant la proprioception périnéale et abdominale, la respiration, la relaxation, la posture et la gestion des efforts quotidiens seront effectués. L'hygiène de vie qui englobe le surpoids, le tabagisme, la constipa-

tion, la sédentarité ou même une activité physique inadaptée figurent parmi les thèmes abordés. La femme pourra ensuite, si elle le désire, être dirigée vers les consultations spécialisées.

Les différentes thérapies proposées

- Les exercices de renforcement musculaire périnéo-abdominal.
- Le travail des différentes zones du périnée avec différents types de contractions, notamment grâce à l'utilisation d'images mentales (ailes de papillon, bec d'oiseau, ascenseur ...).
- Le biofeedback (Herderschee *et al.*, 2011), la thérapie manuelle et l'électrostimulation (Mignon *et al.*, 2003) sont également utilisés.
- La rééducation vésicale, en cas d'incontinence par urgenturie, comprend la tenue d'un carnet mictionnel regroupant le nombre de mictions et leur quantité res-

pective, le type de boissons, le nombre d'urgenturie ainsi que le nombre de pertes, sur trois jours. Des conseils concernant l'hydratation (la bonne boisson, la bonne quantité, au bon moment), ainsi que des recommandations relatives à la gestion de la vessie sont proposés.

- Les douleurs et les dyspareunies: la rééducation est l'occasion de dépister les douleurs périnéales et d'aborder le thème de la sexualité. L'écoute et la compréhension des besoins des patientes est primordiale. A l'anamnèse, environ un tiers des patientes signalent des douleurs (Lucena *et al.*, 2015; Kettle *et al.*, 2005). Les études relatent qu'entre 62 et 80 % des femmes souffrent de dyspareunies durant les trois premiers mois du post-partum (Fritel *et al.*, 2012). Une partie des dyspareunies régresse spontanément pendant cette période mais 24 % d'entre elles persistent dans les dix-huit

L'information portée aux patientes avant la première séance est un acte thérapeutique en soi. Elle permet de rassurer les patientes.

AUTEURES



Sophie Opériol Pesse,

sage-femme depuis 1995, exerce d'abord en tant qu'indépendante au sein de l'Arcade Sages-Femmes, puis depuis 2001 aux HUG. Formée en rééducation uro-gynécologique et ano-rectale, elle a pratiqué la rééducation périnéale au sein du service de périnéologie des HUG durant trois ans.



Cathy Visinand,

sage-femme et employée aux HUG depuis 2004. En 2010, elle devient sage-femme clinicienne, puis en 2011, sage-femme spécialisée en rééducation périnéo-abdominale et uro-gynécologique. Membre du RésoContenance depuis 2016.

mois après l'accouchement (McDonald *et al.*, 2015; McDonald *et al.*, 2016). Les déséquilibres hormonaux provoqués par l'allaitement maternel jouent un rôle prépondérant sur ces douleurs (Barrett *et al.*, 2000; Kettle *et al.*, 2002). D'autres causes comme le prolapsus ou l'endométriose sont à envisager.

Il est impératif de rechercher la localisation de ces douleurs, leur durée, leur moment d'apparition, leur origine et le moyen antalgique utilisé. L'échelle de la douleur, faite en début et en fin de traitement, va compléter le recueil de données.

L'appareil d'électrostimulation vaginale offre différents programmes antalgiques.

Les exercices de proprioception et de contraction-relaxation aident à relâcher le périnée, avec ou sans appareil biofeedback. Le massage du périnée assouplit les tissus. Les femmes peuvent être initiées à la pratique de l'automassage. La sage-femme peut aussi pratiquer l'étirement-relâchement.

Lors de dyspareunies, l'utilisation d'un lubrifiant est recommandée ainsi que certaines positions facilitatrices.

Lors de douleurs persistantes, une prise en charge pluridisciplinaire est aussi proposée (médecin, psychologue, sexologue...). A la Maternité des HUG, des consultations douleurs et endométriose existent.

Le bébé lors des séances de rééducation

Cette thérapie intime est un temps pour soi. Afin d'en profiter d'une manière optimale, d'être pleinement à l'écoute de son corps et de ses sensations, il est conseillé aux mères de venir sans leur bébé. Dans l'impossibilité de le faire garder, il est le bienvenu. ◉

Les auteures remercient le Dr Patrick Dällenbach, médecin-adjoint responsable de l'unité de périnéologie de la maternité des HUG pour ses conseils et ses précisions pour la rédaction de cet article.

Contact possible: Dre Leen Aerts, Consultation Sexualité et Douleur chronique gynécologique - Tél: 022 372 09 54

Références

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinart, L. M. & Lukasse, M. (2017) Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (2002) Rééducation dans le cadre du post-partum. Service Recommandations Professionnelles. Paris.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (2000) Bilans et techniques de rééducation périmo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Service Communication et Diffusion. Paris.

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2000) Women's sexual health after childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 107(2): 186-95.

Battat, A. (2010) Incontinence urinaire et prolapsus. Quelle prévention en ante-partum? *Rev Sage-Femme*; 9(5):227-39.

Beckmann, M. M. & Stock, O. M. (2013) Massage périnéal prénatal pour réduire les traumatismes périnéaux. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (2018) Prévention et protection périnéale en obstétrique. Promoteur CNGOF; Paris.

Deffieux, X. (2009) Incontinence urinaire et grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; Volume 38, numéro 8, supplément 1, pages S212-S231.

De Gasquet, B. (2018) Mon corps après bébé; tout (ou presque!) se joue avant 6 semaines. Ed. Marabout.

Dumoulin, C., Cacciari, L. P. & Hay-Smith, E. J. C. (2018) Entraînement des muscles du plancher pelvien pour l'incontinence urinaire chez la femme. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Dragomir, S., Sebag, J. & Loche C.-M. (2011) Impact de la rééducation périnéale sur la qualité de vie des femmes ayant une incontinence urinaire d'effort ou mixte; *Journal de réadaptation médicale*; Volume 31, numéro 2, pages 76-80.

East, C. E., Begg, L., Henshall, N. E., Marchant, P. R. & Wallace, K. (2012) Le refroidissement local pour le

soulagement de la douleur du traumatisme périnéal subi pendant l'accouchement. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Farrar, D., Tuffnell, D. J. & Ramage, C. (2013) Interventions pendant les grossesses suivantes de femmes ayant subi une déchirure du sphincter anal d'origine obstétricale dans le but de réduire le risque de récurrence de la blessure et de dommages associés. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Fritel, X., Deffieux, X., Faltin, D., Devillers P. & Fauconnier A. (2012) Prévention des incontinences secondaires au traumatisme obstétrical. 33^e congrès de la SIFUD-PP. www.sifud-pp.org

Gyghagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F. & Milsom, I. (2013) Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* doi: 10.1111/1471-0528.12020.

Haute Autorité de Santé (2012) Indications de la césarienne programmée à terme. Recommandations pour la pratique clinique. Service documentation - informations des publics. 93218 Saint-Denis La Plaine.

Hedayati, H., Parsons, J. & Crowther, C. A. (2009) Analgésie rectale contre la douleur d'un traumatisme périnéal après l'accouchement. *Pregnancy and Childbirth Group. Revue Cochrane.*

Herderschee, R., Hay-Smith, E. J. C., Herbison, G. P., Roovers, J. P. & Heineman, M. J. (2011) Retour d'information ou rétroaction biologique en supplément de l'entraînement des muscles du plancher pelvien dans le traitement de l'incontinence chez la femme. *Incontinence Group, Revue Cochrane.*

Hulsbergen, W., Van der Schueren, B. & Bitzer, J. (2008) Parents & amants. Un défi excitant. SANTÉ SEXUELLE SUISSE.

Jarrell, J. F., Vilos, G. A., Allaire, C., Burgess, S., Fortin, C., Gerwin, R., Lapensée, L., Lea, R. H., Leyland, N. A., Martyn, P., Shenassa, H. & Taenzer, P. (2018) Directive clinique de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*; Volume 40, numéro 11, pages E788-E836. No 164.

Kettle, C., Hills, R. K., Jones, P., Darby, L., Gray, R. & Johanson, R. (2002) Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed

sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *The Lancet*; 359: 2217-23.

Kettle, C., Ismail, K. M. & O'Mahony, F. (2005) Dyspareunia following childbirth. *The Obstetrician and Gynaecologist*; 7(4): 245-9. doi:10.1576/toag.7.4.245.27119.

Lucena, H. M., Mukhopadhyay, S. & Morris, E. (2015) Dyspareunia. A difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*; 25 (4): 96-101.

McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R. & Brown, S. J. (2015) Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 122(5): 672-9.

McDonald, E. A., Gartland D., Small R. & Brown S. J. (2016) Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months postpartum: a cohort study. *Midwifery*; 34: 15-20.

Mignon, M. C., Geffrier d'Acremont, C., ... sous la direction de Dosquet, P. (2003) Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. France: Haute Autorité de Santé. www.has-sante.fr

Morin, C. & Leymarie M. C. (2013) La douleur périnéale en post-partum: revue de la littérature. *La Revue Sage-Femme*; Volume 12, numéro 6, pages 263-268.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (UETMIS-CHUS) (2014). Les bains d'accouchement dans un contexte d'implantation au CHUS. XIV, 60 p.

Villot, A., Deffieux, X., Demoulin, G., Rivain, A.-L. & Trichot, T. (2015) Prise en charge des périnées complètes (déchirure périnéale stade 3 et 4): revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; Volume 44, numéro 9, pages 802-811.

Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A. & Hay-Smith, E. J. C. (2017) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*; 12:CD007471.

Wray, J. (2011) Feeling cooped up after childbirth - the need to go out and about, *The Practising Midwife*; 14 (2), pages 22-23.