

# La connaissance et maîtrise du périnée (CMP), évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale

La CMP, "connaissance et maîtrise du périnée", est une méthode d'"éducation périnéale" qui utilise la visualisation comme outil mais dont le cadre est scientifique avec une démarche médicale rigoureuse. L'auteur, sage-femme en libéral, a réalisé, à partir des dossiers de ses patientes, une étude sur deux ans pour évaluer les bénéfices de cette méthode de rééducation auprès d'une centaine de femmes l'ayant consulté pour un bilan postnatal. Résultats et explications.

Dans notre culture, le périnée est resté longtemps ce que Dominique Trinh Dinh (*voir encadré p. 15*), initiatrice de la méthode CMP, "connaissance et maîtrise du périnée", appelait un « *no-women's land* »<sup>1</sup>. Quelque chose entre le « *c'est sale* » et le « *ça n'existe pas* ». De nos jours, la majorité des femmes ne semble découvrir cette partie de leur corps qu'après un accouchement ou parce qu'une pathologie a surgi. Il ne paraît pas possible de traiter le périnée comme un simple muscle alors qu'il représente un lieu très particulier dans la vie des femmes : lié à notre féminité, notre sexualité et nos maternités. Lieu émotionnel, énergétique et symbolique.

La CMP, tout en restant à l'écoute de leurs représentations, a pour but de proposer aux femmes une éducation périnéale, réparatrice si nécessaire, dans une démarche médicale rigoureuse.

## Une étude en CMP

C'est dans cet esprit qu'une étude a été réalisée à partir des dossiers d'une centaine de patientes reçues au cabinet ces deux dernières années (cette enquête se situant dans un grade C des niveaux de preuve des études selon la classification de la Haute Autorité de santé – HAS).

Les trois quarts des patientes étaient envoyées au cabinet pour un bilan postnatal et le quart restant pour différentes pathologies (*figure 1*) dont 55 % pour l'incontinence urinaire d'effort (IUE). L'étude a porté sur les dossiers des femmes venant dans le cadre d'un bilan postnatal, l'échantillon de celles ayant consulté dans le cadre de pathologies n'étant pas assez représentatif.

## Les attentes des femmes

Il est toujours intéressant, au-delà de la prescription faite par le médecin ou la sage-femme, de savoir ce que les femmes attendent des séances de rééducation

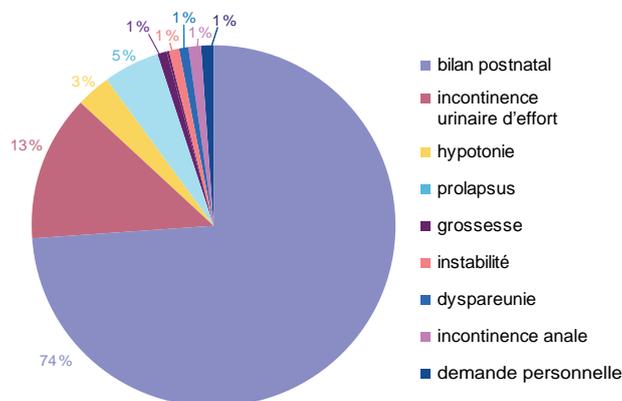


Figure 1 : Motifs des consultations au cabinet.

tion périnéale. Dans une démarche de santé publique, la notion de partenariat avec la femme qui consulte est essentielle. Le but est de la conduire à l'autonomie et à une prise en charge personnelle de sa santé. Cette collaboration sera présente à chaque étape des différentes consultations. À la question « *Qu'attendez-vous de cette rééducation ?* », les réponses étaient variées (*figure 2, page suivante*).

• **La demande de prévention** était en général liée à des antécédents d'incontinence urinaire d'effort (IUE) ou de prolapsus chez les femmes de la famille. Les informations données lors des cours de préparation à la naissance semblent expliquer les demandes de "connaissance" ou de "maîtrise" du périnée. Les autres demandes concernaient différentes pathologies. Certaines patientes cherchaient à retrouver des sensations dans les rapports amoureux, un confort dans leur vie quotidienne, reprendre le sport sans risque, faire un bilan postnatal, être "rassurées". Il est intéressant de noter que 4 % « *ne savaient pas ...* », ou répondaient « *parce qu'il faut le faire ?* ».

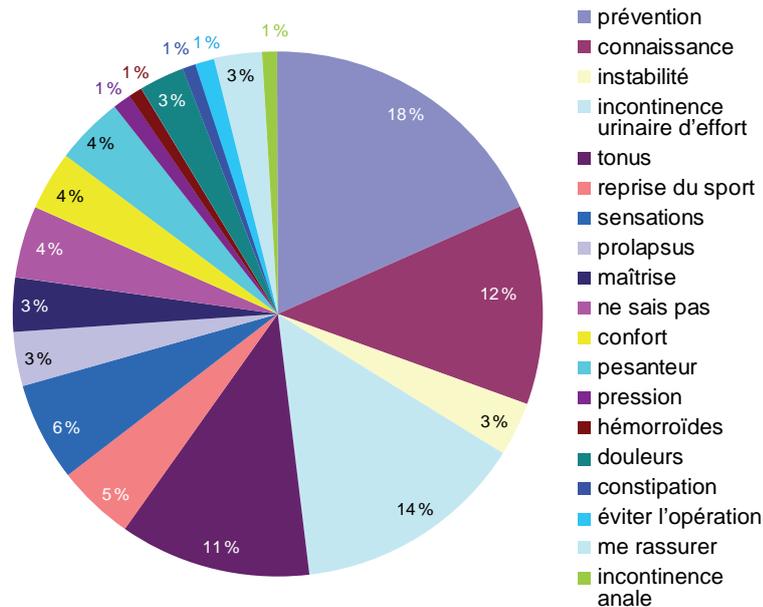


Figure 2 : Attentes des femmes par rapport à la rééducation périnéale.

• **La première consultation** est le point de départ d'un réel partenariat.

La méthode CMP est présentée à la femme. Celle-ci repose sur un travail personnel qui consiste à pratiquer les exercices découverts lors des différentes rencontres avec la praticienne. Les exercices périnéaux spécifiques à la CMP reposent sur la visualisation permettant le travail ciblé d'un muscle et d'un seul. Celles-ci permettent de travailler sur douze zones vaginales précises – vulvaire, urétrale, vésico-utérine – et neuf zones sur le diaphragme pelvien. Ces exercices sont prescrits quotidiennement dans quatre positions : debout, assise, couchée et accroupie. Cela nécessite de la part de la femme un travail régulier et précis, et de la part de la praticienne, une attention et un soutien certain.

Un questionnaire détaillé permet ensuite de définir avec la patiente les signes relevant de la pathologie ou des "mauvaises" habitudes.

Les antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux et génito-urinaires sont notés afin de permettre une prise en charge globale de la femme. Tout ce qui relève de "son histoire" : le vécu des premières règles, des accouchements, mais aussi des éventuelles fausses couches ou interruptions volontaires de grossesse (IVG), etc.

Les symptômes génito-urinaires ou anaux sont cotés avec la femme, en fonction de l'inconfort induit et non de la "quantité". Là encore, son vécu est privilégié.

**Douleurs périnéales**

Au total, 3 % des femmes sont venues avec une demande de traitement de douleurs périnéales. En fait, en posant précisément la question et en proposant d'évaluer la douleur sur une échelle de 0 à 5, seule-

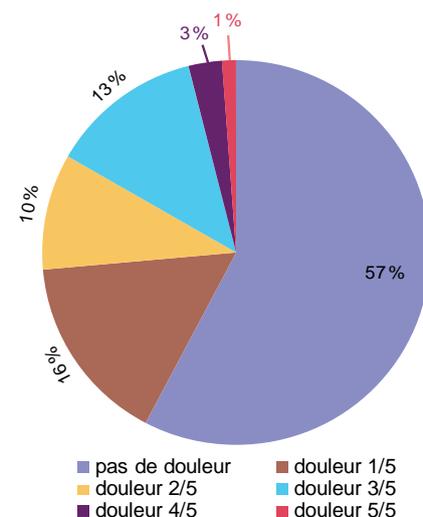


Figure 3 : Cotation de la douleur dans les demandes de traitement périnéal.

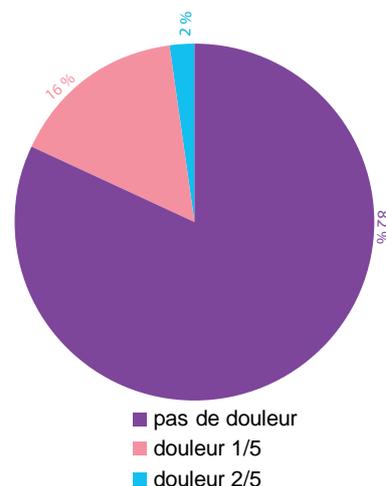


Figure 4 : Cotation de la douleur après traitement (massage avec de l'huile, automassage, lubrifiant).

ment 57 % des femmes la cotaient à 0/5 (figure 3). Les cotations de 1 et 2/5 étaient davantage considérées par elles comme une « gêne » qu'une douleur réelle (souvent associée à une sécheresse vaginale). Le traitement mis en place – massage avec de l'huile, automassage quotidien et utilisation de lubrifiant en cas de sécheresse vaginale – a généré une diminution de ces douleurs (figure 4).

**Sensations dans les rapports amoureux**

Six pour cent des femmes souhaitaient retrouver, grâce à cette démarche de rééducation, des sensations dans les rapports amoureux. Là encore, une cotation a été proposée, allant de 0/5 (pas de sensation) à 5/5 aux femmes venues consulter à ce sujet (figure 5, page suivante). La perte de sensation étant souvent liée à une hypotonie périnéale, il est proposé un travail

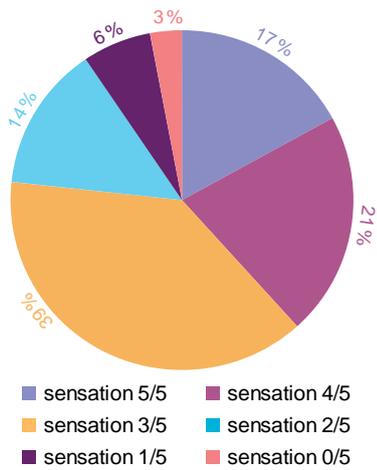


Figure 5 : Évaluation des sensations lors des rapports amoureux avant rééducation.

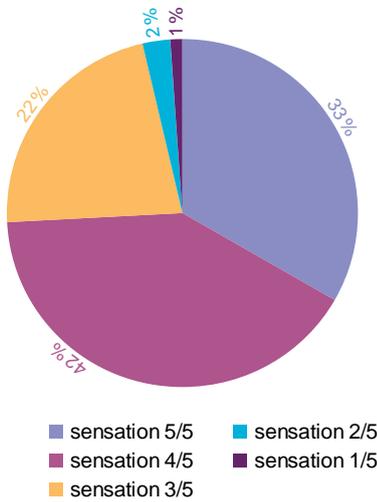


Figure 6 : Évaluation des sensations lors des rapports amoureux après rééducation.

de tonification des différents muscles de l'élevateur de l'anus, permettant par là même une meilleure connaissance de soi-même. La résolution des phénomènes douloureux favorise évidemment le retour des sensations de plaisir.

Tout en tenant compte de l'imprégnation hormonale postnatale et de celle liée à l'allaitement, sans oublier la mise en place de nouvelles relations de couple chez les jeunes parents, il est tout de même intéressant d'observer les chiffres obtenus en fin de rééducation (figure 6).

**L'incontinence urinaire d'effort (IUE)**

Si seulement 8 % des patientes se plaignaient d'incontinence urinaire lors du premier contact, un questionnaire plus précis donnait d'autres chiffres (figure 7). Rappelons que la cotation en croix permet l'apprécia-

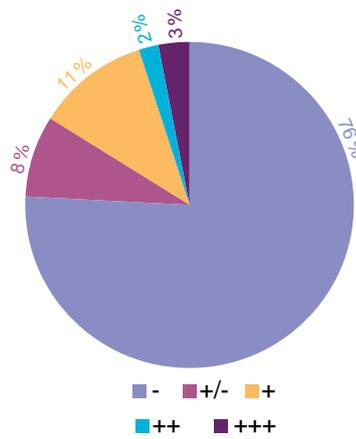


Figure 7 : Évaluation de l'inconfort des femmes consultant pour incontinence urinaire d'effort avant rééducation.

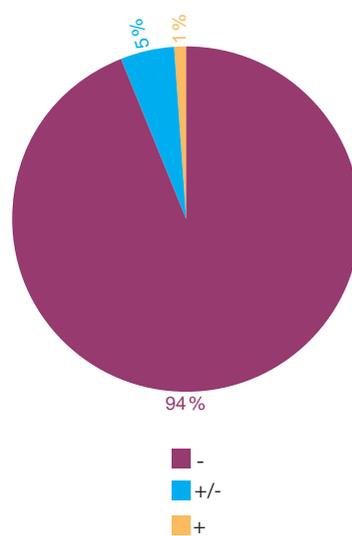


Figure 8 : Évaluation de l'inconfort des femmes consultant pour incontinence urinaire d'effort après rééducation.

tion non pas des quantités d'urines perdues mais de l'inconfort de la femme.

Après la rééducation, les sensations d'inconfort avaient diminué pour certaines femmes (figure 8). Les 6 % de femmes ressentant encore un inconfort, bien que moins important, présentaient des pathologies plus importantes qui auraient nécessité plus de dix séances de rééducation, ce qui fut d'ailleurs demandé dans le compte rendu adressé au médecin.

**L'incontinence anale**

Seulement 1 % des femmes évoquait spontanément une incontinence anale (IA). Une fois la question posée clairement – « Madame, pouvez-vous retenir vos selles et vos gaz sans difficulté ? » –, les chiffres ont été différents (figure 9, page suivante). Après rééducation,

**Dominique Trinh Dinh (1950 -2007)**

Issue d'une famille nombreuse, aux revenus modestes, fille d'un père artiste, Dominique Trinh Dinh doit arrêter ses études très tôt. Après la naissance de son fils, Yaël, sa vocation se révèle : elle sera sage-femme !

Elle passe son Bac, le concours et sort diplômée de la Faculté de médecine de Strasbourg (67) en 1985. D'abord sage-femme hospitalière, Dominique Trinh Dinh s'installe comme sage-femme de famille et met en place, à ce titre, le premier plateau technique avec l'équipe de l'hôpital de Thann.

À partir de 1994, elle allie son métier de sage-femme à celui de formatrice post-universitaire, mission qu'elle exerce à plein-temps dès 2000.

Y mettant toute sa personnalité, son savoir, son professionnalisme et sa foi, Dominique Trinh Dinh aura consacré toute sa vie à faire évoluer la profession de sage-femme.

Son travail était fondé sur un objectif de santé publique, en témoigne sa méthode de rééducation périnéale "Connaissance et maîtrise du périnée" ou CMP, véritable collaboration entre une thérapeute et une femme : une rééducation périnéale dans le respect du corps, tout en apprenant à mieux le connaître, l'écouter, le sentir...

En qualité de formatrice, Dominique Trinh Dinh était toujours à la recherche d'outils pédagogiques nouveaux nécessaires à un meilleur engrainage. Elle avait à cœur d'apporter aux stagiaires une formation interactive, qualitative permettant de mettre en place leurs acquis dès le lendemain du séminaire. Fidèle à ses objectifs, elle aura travaillé, jusqu'à la limite de ses forces, pour améliorer ces stages.

Extrait de l'article hommage paru dans les *Dossiers de l'obstétrique* n° 363, août-septembre 2007.

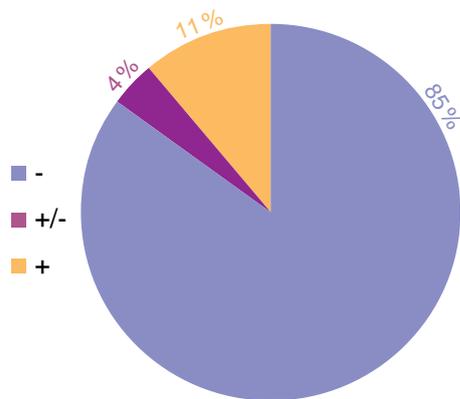


Figure 9 : Évaluation de l'inconfort des femmes consultant pour incontinence anale avant rééducation.

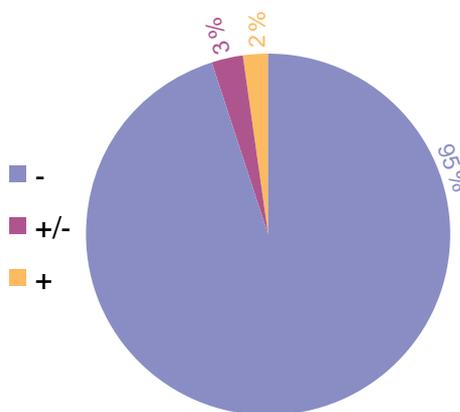


Figure 10 : Évaluation de l'inconfort des femmes consultant pour incontinence anale après rééducation.

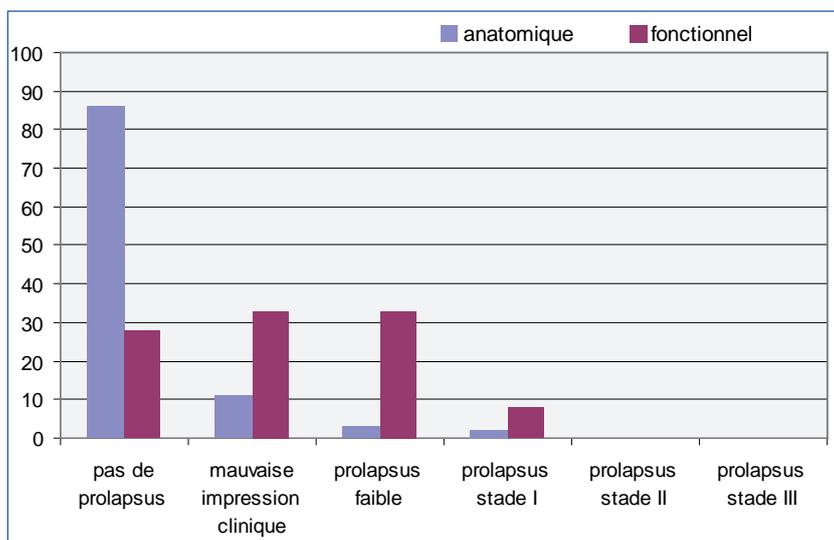


Figure 11 : Urétrécèles suspectées avant rééducation.

les sensations d'inconfort sont moins importantes (figure 10).

Là encore, pour les 5 % de femmes encore gênées, dix séances ne sont pas suffisantes. Dans certains cas, une échographie du sphincter anal et l'avis d'un gastro-entérologue peuvent être nécessaires.

### L'examen clinique

#### Évaluation des PTAE et des prolapsus

• **L'évaluation des pressions thoraco-abdominales à l'effort (PTAE)**, responsables des incontinenances d'effort et considérés en CMP comme une des étiologies des prolapsus, est systématique lors de l'examen clinique pratiqué au cours des séances.

La cotation se fait sur un effort de toux évalué sur 5. Certaines évaluations sont considérées comme des pressions physiologiques :

- 5/5 : pas de pression ;
- 4/5 : pression faible.

Les cotations de 3 à 0/5 sont des pressions pathologiques.

La prise de conscience par la femme des gestes de la vie quotidienne provoquant des PTAE pathologiques, leur correction par des mouvements de remontée, permettent à la fois la prévention et participent au traitement de ces pathologies.

• **La recherche des prolapsus anatomiques et fonctionnels** (apparaissant à la toux) est, elle aussi systématique.

La cotation est celle-ci :

- 5/5 : pas de prolapsus ;
- 2/5 : stade I pas à sa place ;
- 1/5 : stade II apparaissant à la vulve ;
- 0/5 : stade III extériorisé à la vulve.

En CMP, il existe d'autres cotations, 4 et 3, correspondant à des stades "en cours d'instauration", méritant d'être traités et que nous considérons comme des stades infra I :

- 4/5 : mauvaise impression clinique ;
- 3/5 : faible.

Cinq prolapsus sont recherchés : urétrécèle, cystocèle, hystérocèle, rectocèle, élytrocèle.

Pour chacun d'entre eux, nous cotons en anatomique et en fonctionnel. Le prolapsus fonctionnel précédant le prolapsus anatomique, il est intéressant de le traiter afin d'éviter l'installation de ce dernier. Dans cette étude de dossiers de patientes, vues dans le cadre d'une rééducation postnatale, les chiffres retrouvés pour l'urétrécèle avant la rééducation ont été relevés (figure 11). Il est à préciser que le terme d'urétrécèle est impropre, puisqu'il s'agit, dans la majorité des cas, d'une colpocèle antérieure proximale, l'urétrécèle n'étant que suspectée (seul un examen tel que l'urétrécystographie permet le diagnostic exact).

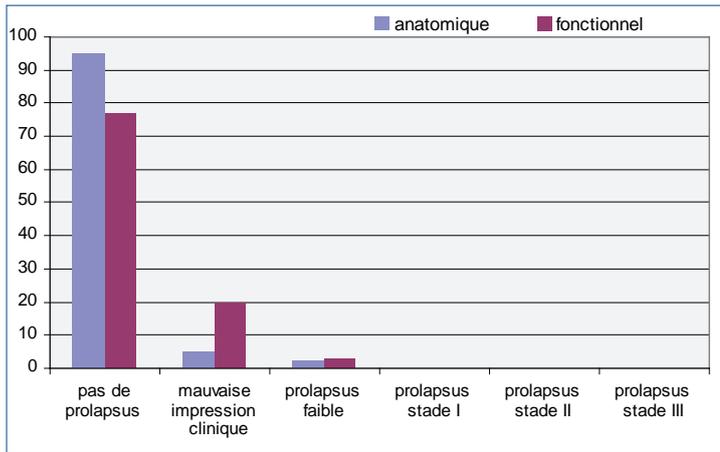


Figure 12 : Urétrécèles suspectées après rééducation.

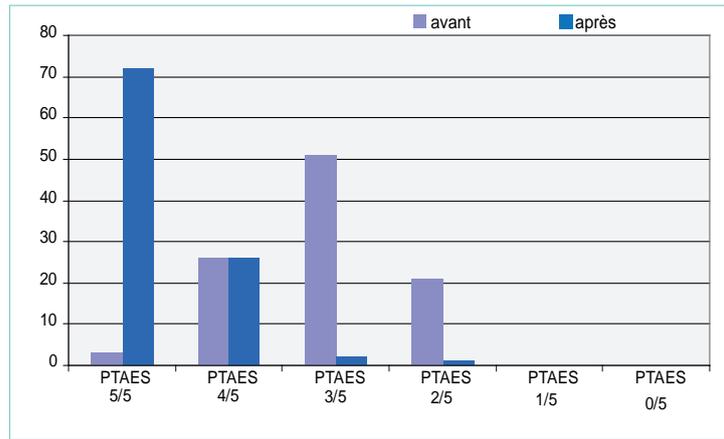


Figure 15 : Cotation des pressions thoraco-abdominales à l'effort subvésicales (PTAES) avant et après rééducation.

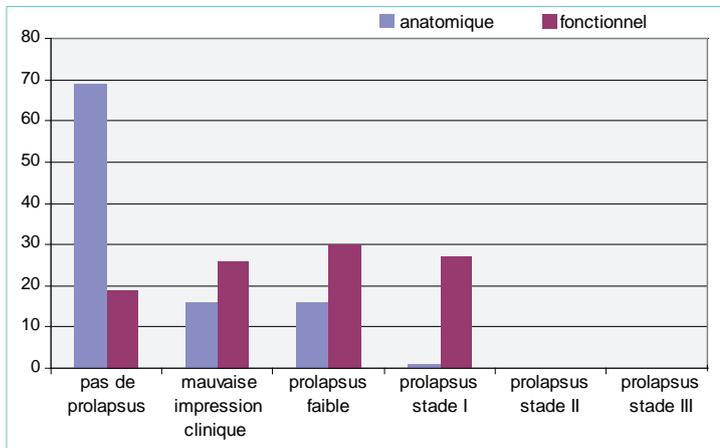


Figure 13 : Cystocèles avant rééducation.

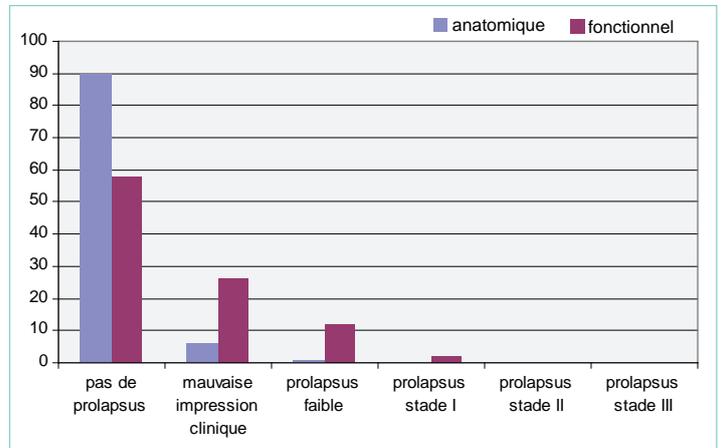


Figure 16 : Rectocèles avant rééducation.

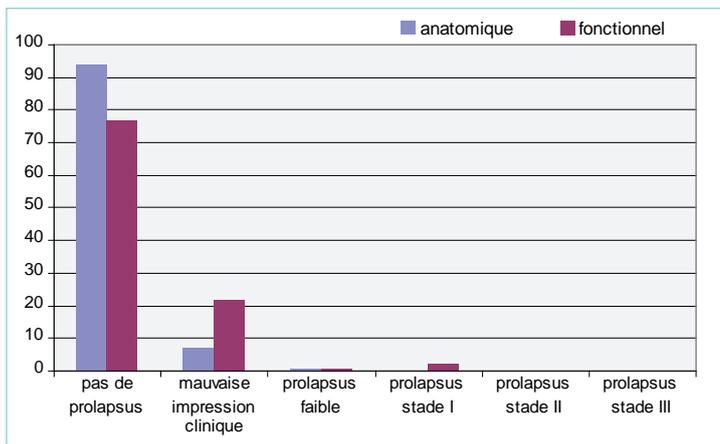


Figure 14 : Cystocèles après rééducation.

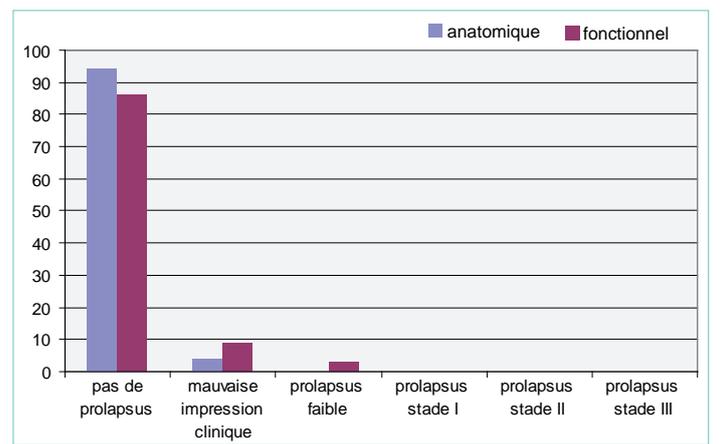


Figure 17 : Rectocèles après rééducation.

En fin de rééducation, pour certaines femmes, le prolapsus urétrécèle suspecté est très faible ou disparaît (figure 12).

Les données pour les cystocèles avant rééducation (figure 13) et après (figure 14) ont également été relevées. Les cystocèles fonctionnelles et anatomiques de stade I ou faibles avant rééducation ont pratiquement, voire totalement, disparu.

Les chiffres concernant les PTAE subvésicales (figure 15), considérées comme un facteur aggravant, sont intéressants. Ces résultats expliquent l'amélioration observée sur les prolapsus (figures 13 et 14).

Les rectocèles anatomiques et fonctionnelles, et les PTAE anales sont également recherchés et leur évaluation avant et après rééducation effectuée (figures 16, 17 et 18, page suivante). Il est important de rappeler

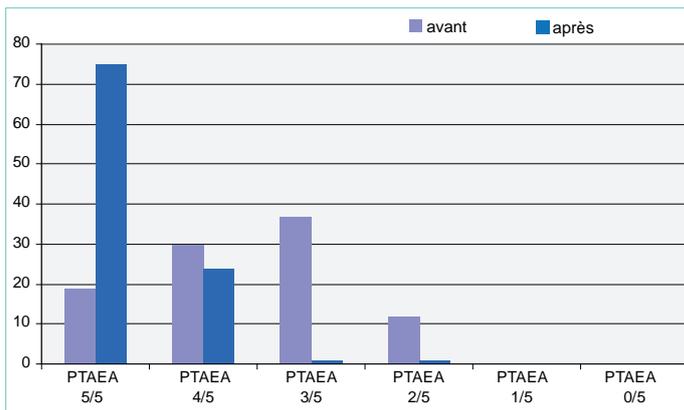


Figure 18 : Cotation des pressions thoraco-abdominales à l'effort anales (PTAEA) avant et après rééducation.

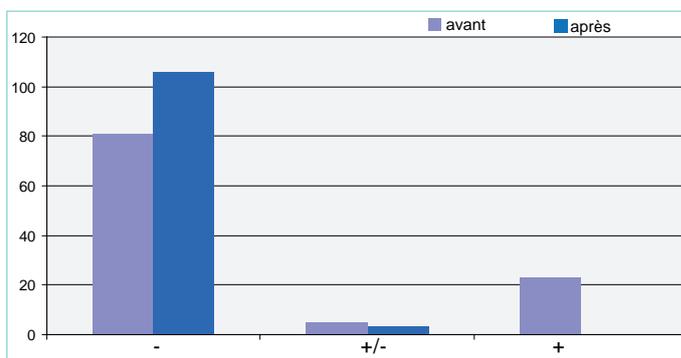


Figure 19 : Pressions volontaires urinaires avant et après rééducation.

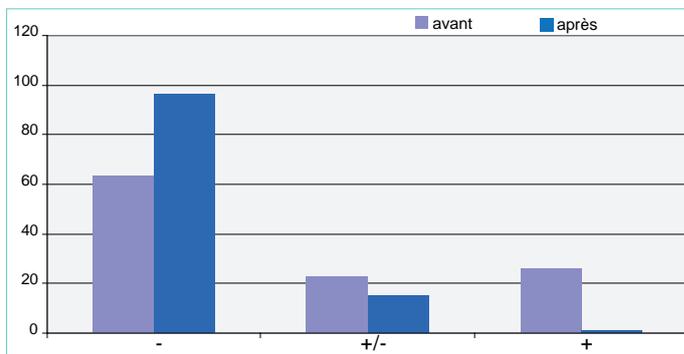


Figure 20 : Pressions volontaires anales avant et après rééducation.

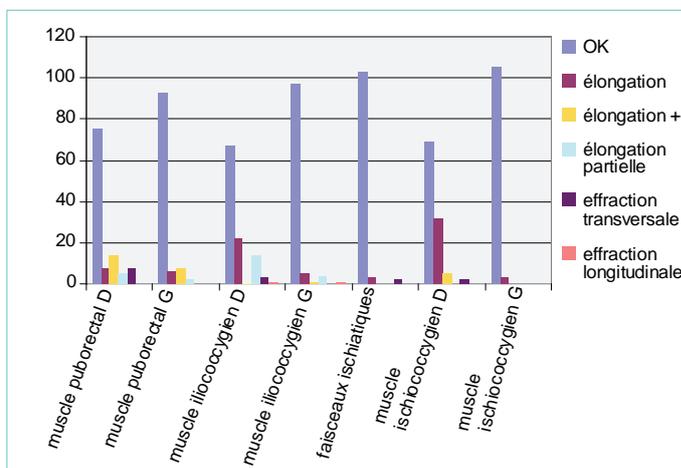


Figure 21 : Lésions retrouvées sur les muscles de l'élevateur de l'an.

que ces résultats ne sont obtenus que grâce à un travail régulier de la femme : des exercices spécifiques, quotidiens, effectués dans les quatre positions.

L'objectif est de l'amener à des automatismes dans les gestes de la vie quotidienne. Savoir rire, tousser, éternuer, sauter, courir, faire du sport avec des réflexes de gestes qui remontent.

Les exercices permettant le renforcement musculaire du sphincter de l'urètre et/ou du sphincter anal, associés à la correction de ces pressions, expliquent aussi les résultats obtenus dans le traitement des IUE et des incontinences anales (IA).

### Les pressions volontaires

La correction des pressions volontaires, qui sont certainement parmi les plus délétères pour le périnée, est prioritaire. Ainsi, 26 % des femmes poussent pour uriner, c'est-à-dire pour vider à fond leur vessie ou pour aller plus vite alors que 44 % poussent pour aller à la selle. La constipation est, en effet, décrite comme la deuxième cause de prolapsus après les accouchements.

Des améliorations sont obtenues après rééducation (figures 19 et 20), mais surtout après la dispensation d'une information adéquate permettant la prise de conscience des mauvaises habitudes et la délivrance de conseils hygiéno-diététiques pour éviter la constipation. Les patientes ayant des cystocèles ou des rectocèles ressentent davantage le besoin de pousser pour vidanger, ce qui aggrave encore leur pathologie.

### Examen du diaphragme pelvien

Dans le cadre de la rééducation périnéale, le bilan clinique comporte évidemment un examen attentif du diaphragme pelvien. Il existe différentes lésions que l'on peut retrouver sur les muscles de l'élevateur de l'an : élongation totale ou partielle, élongation importante, plus ou moins dilacération, déchirure transversale, longitudinale, désinsertion... Elles doivent être recherchées sur chaque muscle : muscles puborectaux et pubococcygiens droits et gauches, muscles iliococcygiens droit et gauche, faisceaux ischiatiques droit et gauche (figure 21).

Les lésions retrouvées le plus fréquemment dans cette étude étaient des élongations sur les muscles ischiococcygiens et les muscles iliococcygiens droits.

Le *testing* du périnée est lui aussi recherché sur chaque muscle (cotation 5 à 0/5) :

- 5/5 : contraction très forte opposant une forte résistance, pendant au moins 5 secondes ;
- 4/5 : contraction forte supportant une opposition modérée ;
- 3/5 : contraction nette ne supportant pas une opposition modérée ;
- 2/5 : contraction faible, mais perçue sans aucun doute ;
- 1/5 : contraction très faible, comme un frémissement ;
- 0/5 : pas de contraction.

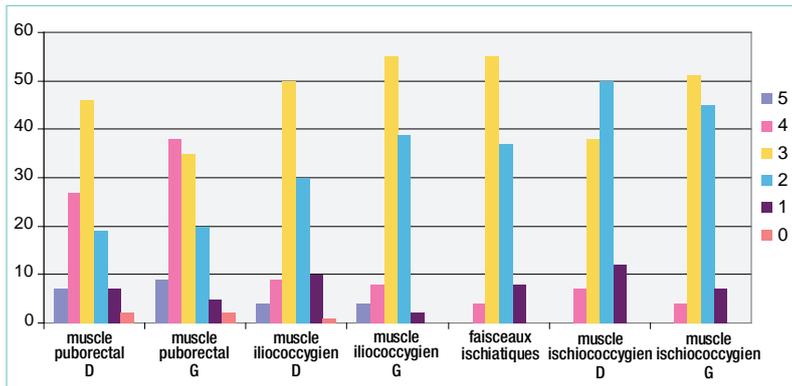


Figure 22 : Cotation du testing sur chaque muscle de l'élevateur de l'anus avant rééducation.

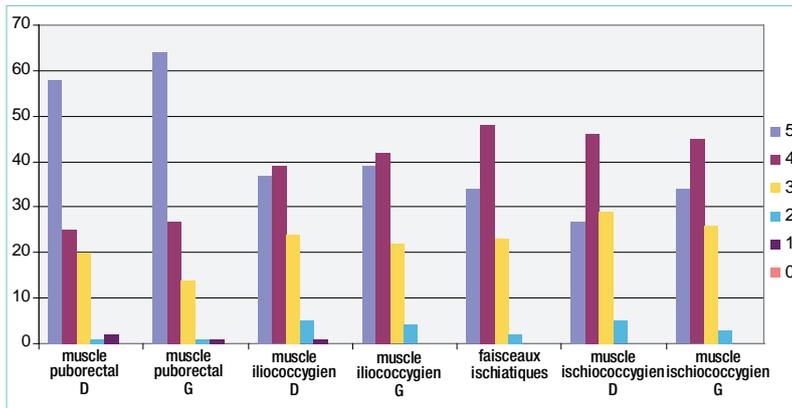


Figure 23 : Cotation du testing sur chaque muscle de l'élevateur de l'anus après rééducation.

Peu de femmes ont conscience du "fond du vagin". Les premiers testing au niveau des ischioococcygiens en début de rééducation se situent rarement à 5/5 (en bleu sur la figure 22).

En revanche, au terme de la rééducation, ils sont augmentés sur chaque muscle (figure 23), sauf dans le cas de lésions très importantes, qui nécessitent une prise en charge plus longue.

Par expérience, l'augmentation du testing précède la réparation de l'effraction musculaire.

### Bilan et évaluation du traitement

À la fin des séances, un bilan complet est effectué :

- réévaluation de chaque symptôme avec la patiente ;
- examen clinique détaillé permettant d'évaluer les résultats obtenus à savoir la "réparation" des effractions musculaires, la correction des prolapsus fonctionnels grâce à la disparition des PTAE pathologiques et l'évolution des prolapsus anatomiques.

Le compte rendu comporte les diagnostics de début et de fin de rééducation et permet donc une évaluation du traitement ciblé effectué avec la patiente. Il est rédigé en sa présence et en s'assurant de sa compréhension. Il lui est ensuite remis en plusieurs exemplaires, pour elle-même et pour les médecins et sages-femmes qui la suivent. Il comporte aussi la prescription d'une hygiène périnéale, qui garantira à la femme le maintien des résultats obtenus.

### Conclusion

Cette étude a permis de présenter la méthode CMP, méthode d'éducation périnéale créée par une sage-femme pour et avec les femmes. Utilisant la visualisation comme outil d'apprentissage de la commande musculaire ciblée, elle s'inscrit dans une démarche rigoureuse, demandant, de la part de la praticienne, non seulement des capacités médicales de diagnostic, de rééducation et de bilan, mais aussi des capacités relationnelles (présence et écoute), ce qui n'en fait pas la méthode la plus simple à aborder. Toutefois, cette étude n'est que la première étape d'un travail passionnant à venir : étude comparative des techniques utilisées par les praticiens, évaluation sur le moyen et le long termes des techniques ainsi que de l'efficacité d'une démarche préventive.

Il semble qu'en pratiquant de cette façon nous respectons les recommandations de la HAS, la rééducation périnéale devant reposer sur un diagnostic précis, un traitement ciblé et une évaluation de ce traitement.

La collaboration et la compréhension de la patiente permettent la mise en place d'une "éducation périnéale" visant à instaurer le maintien d'un état de bonne santé. La sage-femme retrouve sa vocation première : « *Rendre leur sagesse aux femmes.* »

Sylvie Nicot

Sage-femme libérale, formatrice en CMP à l'Institut naissance et formations (INF), Ungersheim (68)  
nicotsylvie@aol.com

### Pour en savoir plus

L'Institut naissance et formations (INF) organise des formations "connaissance et maîtrise du périnée", méthode éducative de rééducation périnéale de Dominique Trinh Dinh, permettant d'acquérir une compétence pratique en diagnostics et traitements par l'art du toucher vaginal fondée sur des connaissances anatomiques approfondies et des exercices à pratiquer en autonomie. Deux niveaux de formation existent.

Rens. : Jocelyne Dallem.  
Tél./fax : 03 89 62 94 21.  
E-mail : cmp.info@free.fr

### Référence

1. Trinh Dinh D. Rééducation périnéale féminine. Petit manuel de diagnostics cliniques à l'usage des praticiens. Latitude et Féminitude, 2001.