



HAL
open science

L'épisiotomie en 2007 : enquête auprès de 202 sages-femmes de Seine-Maritime

Céline Delacroix

► **To cite this version:**

Céline Delacroix. L'épisiotomie en 2007 : enquête auprès de 202 sages-femmes de Seine-Maritime. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00674334

HAL Id: dumas-00674334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00674334>

Submitted on 27 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

HOPITAUX DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**L'EPISIOTOMIE EN 2007: ENQUETE
AUPRES DE 202 SAGES-FEMMES DE
SEINE-MARITIME**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Céline Delacroix

Née le 7 décembre 1984

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2008

Mes remerciements à

Mr. Verspyck pour ses conseils éclairés,

Mlle Hébert pour m'avoir guidée tout au long de ce travail, pour sa disponibilité,

Christian pour son soutien et sa patience...

Sommaire

<u>Introduction</u>	p.1
<u>Revue de la littérature</u>	
1. <u>Historique</u>	p.2
2. <u>Rappels anatomiques du périnée</u>	p.3
2.1 Le cadre osseux	p.3
2.2 Les différents plans musculaires	p.3
2.3 La vascularisation	p.4
2.4 L'innervation	p.5
2.5 Les modifications pendant l'accouchement	p.5
3. <u>La réalisation de l'épisiotomie</u>	p.6
3.1 La pratique de l'épisiotomie	p.6
3.2 Les méthodes analgésiques	p.7
3.3 Les techniques de réfection	p.7
4. <u>Les complications</u>	p.8
4.1 Les complications en salle de naissances	p.8
4.2 Les complications dans le post partum	p.9
4.3 Les complications à long terme	p.9
5. <u>Epidémiologie</u>	p.10
6. <u>Les nouveaux courants</u>	p.11
6.1 L'évolution des pratiques	p.11
6.2 L'information	p.13
6.3 Les indications de l'épisiotomie	p.14
6.4 Les positions d'accouchement	p.15
6.5 La préparation psychoprophylactique obstétricale	p.16
6.6 Les suites de couches	p.17

L'étude clinique

1. <u>Méthodologie</u>	p.19
1.1 Les objectifs de l'étude	p.19
1.2 Les moyens de l'étude	p.19
1.3 Les tests statistiques	p.21
2. <u>Résultats</u>	p.22
<i>Première partie</i>	p.22
2.1 La population	p.22
2.2 Les connaissances générales	p.23
2.3 L'information	p.27
2.4 Leur pratique et son évaluation	p.29
<i>Deuxième partie</i>	p.37
<i>Troisième partie</i>	p.40
3. <u>Discussion</u>	p.44

<u>Conclusion</u>	p.53
-------------------	------

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

Pour beaucoup de femmes françaises, l'accouchement rime avec épisiotomie. Ce sujet, au centre des débats de l'obstétrique, passionne autant les professionnels que les profanes.

Cette pratique obstétricale empirique née il y a 250 ans, se voyait être la résolution des complications du périnée liées à l'accouchement, mais elle est aujourd'hui remise en cause par des études qui prouvent qu'elle n'a pas atteint ses objectifs.

En 1987 déjà, l'Organisation Mondiale de la Santé a formulé des recommandations pour que le taux d'épisiotomies ne dépasse pas 20% des accouchements. En France, la fréquence reste élevée, elle était de 47,5% en 2003 (21). De plus, dans notre pays, les discours et les attitudes diffèrent sur ce thème.

Les progrès de la médecine, l'évolution de ses résultats, ainsi que la participation toujours plus active des usagers du système de santé, ont permis également une remise en question des pratiques et des usages au sein des services de soins.

En tant que future professionnelle, nous avons donc décidé de nous intéresser à ce sujet controversé, afin de percevoir le regard que portent les sages-femmes sur cet acte aujourd'hui considéré parfois comme banal.

Ce mémoire se propose également d'évaluer les pratiques concernant l'épisiotomie, et l'impact des nouvelles recommandations.

Dans une première partie nous exposerons une revue de la littérature, relatant principalement la réalisation, les complications et les nouveaux courants concernant l'épisiotomie.

Puis, sera présentée dans un deuxième temps, une enquête réalisée auprès des sages-femmes ayant pour objectif de connaître leur pratique actuelle à ce propos.

Enfin, nous discuterons les différents éléments apportés par cette étude.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 - HISTORIQUE

C'est en 1742, à Dublin, que Felding OULD décrit pour la première fois les avantages d'une incision du périnée lors de l'accouchement (26). A cette époque, elle se dirige vers l'anus et n'est que peu suturée. Mais cette pratique est réservée aux accouchements difficiles.

Puis au début du vingtième siècle aux Etats Unis, l'épisiotomie connaît un nouvel essor grâce à POMEROY et DELEE (25, 26). En effet, les premières publications de l'époque définissent la naissance comme un phénomène pathologique, il faut donc être interventionniste.

L'accouchement à l'hôpital et l'anesthésie favorisent également le développement de l'épisiotomie.

En 1938, DIETHELEM déclare que « les indications de l'épisiotomie étant définitivement établies, cette dernière ne requiert donc aucune justification » (26). Elle devient quasi systématique dans certains endroits, si bien qu'aux Etats Unis certains la réalisent même après la délivrance.

En Angleterre, dans les années soixante-dix, une sage-femme écrit dans un bulletin d'une association pour l'amélioration des pratiques dans les services de maternité, que l'épisiotomie est obligatoire chez les primipares et ce quelles que soient les conditions de l'accouchement (45).

Mais à partir des années quatre-vingt, cette pratique est largement remise en cause.

En ce qui concerne les sages-femmes (34), c'est le professeur AUDEBERT, en 1896, qui leur instruit la périnéorrhaphie la considérant comme une nécessité dans leur pratique obstétricale.

Mais, ce n'est qu'en 1917 que l'emploi des aiguilles leur est permis afin de recoudre les éventuelles déchirures. En 1980, un nouveau décret les autorise à utiliser les instruments dans le cadre de l'urgence, ce qu'elles font en pratique depuis longtemps. Puis en 1986, cette compétence leur est officiellement reconnue.

2 - RAPPELS ANATOMIQUES

Le périnée est l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne, il forme le plancher du petit bassin et est limité par un cadre ostéofibreux.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux : le périnée antérieur ou uro-génital et le périnée postérieur ou région anale (2).

2-1 Le cadre osseux

Le bassin est une ceinture osseuse, il se compose de quatre os, les os iliaques en avant, le sacrum et le coccyx en arrière. Ces os sont unis par quatre articulations, la symphyse pubienne, les articulations sacro-iliaques, et l'articulation sacro-coccygienne (2, 35).

La mobilité de ces articulations, bien que réduite, est plus importante lors de la grossesse grâce à l'imprégnation hormonale.

2-2 Les différents plans musculaires (annexe I)

L'individualisation de cette région anatomique en trois plans bien distincts est uniquement didactique (2, 35). Ces différents éléments s'intriquent ensemble et convergent au centre tendineux du périnée, le point d'articulation entre le périnée antérieur et postérieur.

2-2-1. LE PLAN SUPERFICIEL DU PERINEE

Il se compose comme suit :

- Le sphincter de l'anus (il forme le périnée anal avec le ligament ano-coccygien)
- Le transverse superficiel du périnée
- L'ischio caverneux
- Le bulbo caverneux
- Le constricteur de la vulve (difficilement individualisable)

Le sphincter de l'anus assure la continence anorectale. La contraction des autres muscles permet la stabilisation du centre tendineux du périnée et favorise l'action des muscles qui prennent naissance à cet endroit.

2-2-2. LE PLAN MOYEN DU PERINEE

Il est formé par :

- Le sphincter externe de l'urètre
- Le transverse profond (il forme en grande partie le plancher uro-génital)

La contraction de ce dernier permet d'immobiliser le centre tendineux du périnée et favorise aussi l'action des muscles qui s'y insèrent.

Les organes érectiles (corps caverneux et bulbes vestibulaires) en font également partie.

2-2-3. LE PLAN PROFOND DU PERINEE

Cette région est appelée le diaphragme pelvien, elle est formée par deux muscles :

- L'élévateur de l'anus avec :
 - une partie sphinctérienne (externe) qui permet la constriction du rectum
 - faisceau pubo coccygien
 - faisceau ilio coccygien
 - une partie élévatrice (interne) qui permet la dilatation du canal anal
 - faisceau pubo rectal
 - faisceau pubo vaginal
- Le coccygien qui participe à la fonction sphinctérienne du muscle ci-dessus.

2-3 La vascularisation (2, 35)

Elle est assurée par le pédicule vasculo-nerveux pudendal.

L'artère pudendale est le plus souvent une branche de division de l'artère iliaque interne. Elle donne plusieurs collatérales :

- L'artère rectale inférieure
- L'artère périnéale superficielle
- L'artère du bulbe vestibulaire
- L'artère urétrale

L'artère obturatrice participe également à la vascularisation du périnée.

2-4 L'innervation (2, 35)

C'est le plexus pudendal qui assure l'innervation du périnée, il est constitué des deuxième, troisième et quatrième racines sacrées. Ses principales collatérales sont :

- Le nerf élévateur de l'anus
- Le nerf du muscle coccygien
- Le nerf rectal inférieur

Le plexus se termine par le nerf pudendal, nerf mixte.

2-5 Les modifications pendant la grossesse et l'accouchement

Il y a peu de modifications pendant la grossesse, mise à part une hyper laxité ligamentaire notamment au niveau de la symphyse pubienne, ainsi qu'une baisse du tonus des muscles du périnée et des sphincters de l'urètre. Cette modification est due à l'imprégnation hormonale oestro-progestative de la grossesse (35).

Lors de l'accouchement, le périnée subit des traumatismes importants qui peuvent avoir des conséquences sur la statique pelvienne. En effet, la présentation progresse dans l'excavation pelvienne et vient buter contre le coccyx, entraînant une distension du périnée postérieur, le centre tendineux est alors comprimé et la région ano-vulvaire saillante.

La partie externe du muscle élévateur de l'anus se relâche pour permettre l'ouverture de la fente génitale et la descente du mobile fœtal. La partie interne forme une sangle postérieure, se contracte et élève le noyau fibreux central (annexe I). Le plancher périnéal s'emplice, la distance ano-vulvaire s'allonge et l'anus se dilate. L'ampliation périnéale doit être progressive, la sage-femme doit guider le dégagement en maîtrisant la progression du mobile fœtal (25).

La progression du fœtus peut s'accompagner de traumatismes de l'urètre et de son appareil sphinctérien. Elle peut entraîner une dénervation partielle et donc augmenter les troubles urinaires. Mais la grossesse, à elle seule, modifie l'angle uréthro-vésical postérieur qui serait également responsable d'une incontinence urinaire. Cette modification disparaît dans le post partum.

Les travaux de SNOOKS ont démontré l'existence d'une neuropathie du nerf pudendal chez 42% des femmes ayant accouché par les voies naturelles (25, 35). En effet, une

augmentation du temps de latence distal du nerf est observée. Cette lésion, qui est due à la distension tissulaire pendant l'accouchement, est responsable de l'incontinence anale du post partum.

3 - LA REALISATION DE L'EPISIOTOMIE

L'épisiotomie est un geste chirurgical qui demande une pratique et une réfection rigoureuse sous anesthésie.

3-1 La pratique de l'épisiotomie (3, 25, 31)

Il existe différentes sortes d'épisiotomies : des bilatérales, transversales, médianes et médio latérales ont été décrites. L'épisiotomie latérale a été abandonnée en raison du risque de sectionner le canal excréteur de la glande de Bartholin, et de sa réparation délicate (25). L'épisiotomie médiane ou périnéotomie est surtout pratiquée aux Etats-Unis et en Angleterre. Cette technique est moins hémorragique, sa réparation plus facile, et elle engendre moins de dyspareunies car elle suit un pli physiologique. Mais elle peut facilement filer vers l'anus et rompre le sphincter anal dans près de 10% des cas (16).

En France, l'épisiotomie est pratiquée le plus souvent de façon médio latérale. Elle part alors de la fourchette vulvaire et fait un angle de 45° avec le plan vertical en direction de la tubérosité ischiatique. L'épisiotomie doit mesurer six centimètres de long, elle sectionne la peau, le vagin, le muscle bulbo-caverneux, le transverse superficiel et en théorie le faisceau pubo rectal. En pratique, l'épisiotomie est très « opérateur-dépendant » et elle peut varier dans son orientation, sa longueur, sa profondeur (qui dépend surtout du moment de sa réalisation), et sa réfection. Les épisiotomies des sages-femmes sont en effet plus courtes et plus médianes que celles réalisées par les obstétriciens (27). Mais une épisiotomie trop courte peut entraîner une déchirure du sphincter anal en filant vers les fibres du releveur de l'anus.

Elle doit être réalisée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction utérine, lorsque le périnée s'amincit, blanchit (8). Une épisiotomie trop tardive ne protège pas celui-ci non plus car les dégâts périnéaux sont déjà constitués. La

peau est en effet plus résistante que le muscle qui l'est plus que la muqueuse. Des dégâts périnéaux peuvent être observés sans même qu'il y ait de déchirure visible à la peau.

Lorsque la patiente bénéficie d'une péridurale, l'analgésie est alors assurée. Dans le cas inverse, une anesthésie locale doit être réalisée quelques minutes avant l'incision, mais il faut savoir qu'elle œdématise les tissus.

3-2 Les méthodes analgésiques

La douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est souvent sous-estimée. Très peu d'études en font cas. La pratique d'une anesthésie lors de sa réalisation et de sa réfection est recommandée (8). Il existe peu de protocoles à ce sujet et ils ne sont pas unanimes. Le produit anesthésiant le plus utilisé est la Xylocaine* 1%, les doses sont très variables. Les différentes méthodes d'anesthésies possibles sont l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs pudendaux et l'anesthésie locorégionale. Mais il semblerait que l'analgésie péridurale soit la plus efficace (grade B) (31).

3-3 Les techniques de réfection (3, 19, 31)

Ce geste est considéré comme un acte à haut risque infectieux. Il est donc recommandé de prendre des précautions d'asepsie.

Une préparation vulvo-périnéale doit être réalisée, c'est-à-dire un nettoyage avec un savon antiseptique, puis l'application d'un antiseptique local. Une tonte chirurgicale est souhaitable. Le matériel utilisé doit être stérile et spécifique, le port d'un masque chirurgical avec visière ou lunettes de protection, d'une casaque, de gants stériles et un lavage chirurgical des mains sont préconisés.

Plusieurs études ont démontré l'intérêt d'utiliser un fil synthétique résorbable par rapport à un fil non résorbable. Ils apportent plus de confort à la patiente (grade A). De plus, les fils résorbables ne nécessitent pas d'ablation.

En ce qui concerne la méthode de réfection, le surjet continu est plus confortable pour les patientes que les points séparés, il réduit la douleur et le risque de déhiscence. Mais

cette technique requiert une formation. Ainsi, KETTLE compare, dans une étude randomisée, un groupe de 771 femmes ayant un surjet avec 771 avec des points séparés ; seulement 26% évoquent des douleurs dans le premier groupe comparé à 44% dans l'autre (15). FLEMING dans une autre étude arrive aux mêmes résultats.

4 - LES COMPLICATIONS

Les complications de l'épisiotomie diffèrent selon leur apparition dans le temps.

4-1 Les complications en salle de naissance

Elles concernent la mère et l'enfant :

- L'hémorragie : l'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum. Dans les Recommandations pour la Pratique Clinique 2004 sur les hémorragies du post partum, TESSIER et PIERRE classent parmi les facteurs de risque établis les déchirures du périnée et les épisiotomies. Les épisiotomies médio latérales sont également à l'origine de saignements plus importants que les déchirures du premier et deuxième degré (18, 25).
- Le traumatisme fœtal : de rares traumatismes fœtaux ont été décrits tels que des lésions de testicules, d'érosion de la paupière.

Les différentes études sur les complications de l'épisiotomie ne sont pas unanimes en ce qui concerne les déchirures du troisième et quatrième degré (8). Pour certains, l'épisiotomie favorise les déchirures sévères, comme l'étude randomisée de HARRISON qui retrouvait un taux de déchirures de 5.6% versus 0% (6, 7). D'autres sont en faveur du rôle préventif de l'épisiotomie, notamment l'étude d'ANTHONY. Mais d'après les Recommandations pour la Pratique Clinique de l'épisiotomie, le risque de déchirures sévères ne semble pas augmenté lors de la pratique d'une épisiotomie (8). Par ailleurs, il n'existe pas de différence de taux d'épisiotomies entre une politique restrictive et une politique libérale concernant les déchirures sévères (25, 26). Donc l'épisiotomie ne prévient pas des déchirures du troisième et quatrième degré (8), (grade A). En revanche, l'épisiotomie médiane est associée à plus de déchirures sévères que

l'épisiotomie médio latérale (3,16). Il est donc recommandé de ne plus en effectuer (25).

4-2 Les complications précoces dans le post partum (18, 25)

Elles sont de différents types :

- La douleur : cette douleur peut être due à un hématome, à une inflammation, à une désunion des fils. Les femmes ayant une épisiotomie se plaignent davantage de douleurs que celles qui ont une déchirure du premier ou du deuxième degré et que celles avec un périnée intact. Cette différence n'est plus significative à trois mois de l'accouchement.
- Le thrombus : c'est une des rares complications précoces, due à une insuffisance d'hémostase. Elle est associée à une épisiotomie dans 85% à 93% des cas (25).
- Le retard à la cicatrisation : une épisiotomie cicatrise moins bien qu'une déchirure.
- L'infection : il n'existe pas de différence significative concernant la survenue d'une infection entre les épisiotomies et les déchirures.

4-3 Les conséquences à long terme

Une des complications majeures à long terme de l'épisiotomie est sa conséquence sur la sexualité (34). Elle semble engendrer des douleurs plus importantes pendant les rapports lors des premières semaines comparé aux femmes ayant eu une déchirure simple ou un périnée intact. Mais cette différence n'est plus significative à trois mois de l'accouchement. Il n'existe pas de différence non plus concernant le taux de reprise de rapports sexuels dans les trois mois (18, 25).

D'autres complications plus rares ont été rapportées (18) :

- Des granulations au niveau de la cicatrice : ils peuvent être source de leucorrhées, de dyspareunies ou de saignements. Le traitement est l'ablation.
- Endométriose sur épisiotomie
- Fistule anale : à l'origine de douleurs périnéales chroniques et de suppuration.

5 - EPIDEMIOLOGIE

En France, le taux d'épisiotomies s'élève à 32,4% en 1981 ; il augmente ensuite, et d'après le réseau sentinelle, pour l'année 2002-2003, il est de 47.3%, 68% pour les primipares et 31% pour les multipares ; par ailleurs le taux de déchirures sévères est de 0.5 à 1%. Dans les Dom Tom, le taux global d'épisiotomies est moindre, il est de 31,9%.

Mais ces chiffres sont élevés, notamment comparés à certains pays occidentaux voisins qui connaissent une baisse de ce taux ces dernières années (30) ; en effet :

- En Suède, il est passé chez la primipare de 34% en 1989 à 9% actuellement (10, 46) ; pour les multipares ce taux est de 1%. Il y a un taux de déchirures sévères de 2.3% chez les primipares et 0.6% pour les multipares.
- Aux Pays Bas aujourd'hui, 34% des primipares ont une épisiotomie, il y a 2.7% de déchirures sévères chez primipares et 1.3% chez multipares.
- En Angleterre, les taux sont de 25% d'épisiotomies en 1967, 52% en 1980, 24% en 1990 et 12% en 2003 (46).
- En Espagne et en Italie, ce taux avoisine aujourd'hui les 50% (47).
- Aux Etats Unis, le taux d'épisiotomies est passé de 65% en 1961, à 38.6% en 1997. Il est de 19% actuellement.
- Au Canada, le taux a évolué de 67% en 1981, à 38% en 1993, à 20% actuellement.
- En Australie, en 1986 ce taux était de 65%, en 1992 de 36%.
- Par contre, en Amérique latine, cette pratique est largement répandue, le taux global moyen atteint les 92.3%.
- De même qu'à Hong Kong, où le taux global d'épisiotomies est de 85.5%, 97% pour les primipares et de 71.3% chez les multipares (17).

Néanmoins, il faut être prudent lors de l'interprétation des études. En effet, il existe de grandes disparités entre les différentes maternités au sein d'un même pays, ainsi qu'au niveau des régions, et entre professionnels. En France, en revanche, le recours à l'épisiotomie semble assez constant selon la taille des maternités.

Ce taux varie également selon les caractéristiques sociodémographiques des patientes, un âge supérieur à 34 ans serait un facteur de risque d'avoir une épisiotomie. L'origine des patientes joue aussi son rôle, les femmes d'Europe du sud et les femmes africaines

ont moins d'épisiotomies que les femmes de France métropolitaine. Ainsi HOWARD après une analyse multi variée n'incluant que les primipares, retrouve que les femmes noires ont deux fois plus de chance que les femmes blanches d'avoir un périnée intact lors d'un accouchement (34). Les patientes d'origine asiatique (11), ainsi que les femmes rousses (25), sont plus à risque de lésions périnéales sévères.

Les conditions obstétricales ont également une influence. Il y a plus d'épisiotomies lors des présentations du siège, des gémellaires, des variétés postérieures, lors des extractions instrumentales, et lorsque la patiente a une péridurale, probablement du fait de l'augmentation de ces extractions.

6 - LES NOUVEAUX COURANTS

6-1 L'évolution des pratiques

Depuis le vingtième siècle, l'épisiotomie est l'intervention médicale la plus pratiquée dans les salles de naissances. Les arguments évoqués en sa faveur sont nombreux : la protection de la musculature périnéale et la préservation de ses fonctions, l'éviction des déchirures anarchiques, la prévention de certaines dystocies, ainsi que la protection de la souffrance fœtale. Elle est considérée comme un geste incontournable.

En 1983, THACKER et BANTA publient le premier article sur l'intérêt de l'épisiotomie systématique (26). Le grand débat sur cette pratique préventive s'ouvre alors. Depuis, elle ne cesse d'être remise en cause. Les idées d'évaluation des facteurs de risque, d'éducation prénatale, et de prévention lors de l'accouchement font peu à peu leur chemin. De plus en plus, le périnée devient centre d'intérêt dans l'ante et le post partum. Les sages-femmes ont su d'ailleurs aussi s'impliquer dans ce sujet à travers la rééducation périnéale.

Mais l'évaluation des avantages et des inconvénients de l'épisiotomie est délicate pour différentes raisons. Tout d'abord les conséquences périnéales de l'accouchement peuvent s'exprimer tardivement. Puis l'épisiotomie, autant dans son taux de réalisation que dans sa longueur ou dans sa qualité de réparation, est « opérateur dépendant ». De plus, les classifications des lésions périnéales ne sont pas les mêmes dans les études françaises et anglaises, ce qui rend difficile l'étude de la littérature.

Les études les plus récentes montrent que l'épisiotomie systématique ne protège pas de l'incontinence urinaire (grade A), (5, 8, 20, 25). Le manque de données scientifiques ne permet pas de conclure quant au rôle de l'épisiotomie sur les troubles de la statique pelvienne à long terme à type de prolapsus. Par ailleurs, sa pratique libérale ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (grade B), elle semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post partum (grade C), (8, 20, 28). A noter que le terme d'épisiotomie libérale est utilisé dans les études où elle est largement pratiquée et celui de politique restrictive lorsqu'elle est très peu réalisée.

D'autres études, comme celle menée par WOOLLEY (8), ont démontré qu'une politique libérale de l'épisiotomie n'apportait pas de bénéfice quant à l'état néonatal de l'enfant sain (26) (grade C), mais peut être réduirait-elle le temps d'attente et de stress de l'accoucheur. Cependant les données scientifiques sont insuffisantes pour conclure sur ce sujet. Par ailleurs, il paraît important de respecter une phase d'expulsion plus lente lorsque le fœtus ne présente pas de signes de souffrance afin de préserver au maximum le périnée de la patiente et d'éviter également les troubles de résorption du nouveau-né.

Une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le nombre de déchirures du troisième et quatrième degré (grade B) (6, 13, 26). De plus des études ont démontré que le taux de périnées complets et/ou périnées compliqués était plus important chez les femmes ayant une épisiotomie (7, 26, 32), cela en excluant les autres facteurs de risques. L'étude de WILLIAMS et CHAMES, qui recouvre 14124 accouchements, démontre que l'épisiotomie médio latérale est le facteur de risque le plus significatif quant aux dégâts périnéaux (32).

Par contre, l'utilisation restrictive de l'épisiotomie est associée à plus de traumatismes du périnée antérieur (grade A) (8, 10).

Le risque relatif de déchirures spontanées du troisième et quatrième degré semble finalement suffisamment faible pour que le retour à une appréciation clinique se justifie. En effet, le maître mot de la conférence du 31 novembre 2005 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a été qu'il n'existe plus d'indication systématique pour l'épisiotomie. Le Collège conclut par « L'épisiotomie préventive n'a pas atteint ses objectifs, par conséquent la pratique libérale n'est pas justifiée. ». Ce

geste peut être pratiqué de façon judicieuse sur la base de l'appréciation clinique de l'accoucheur (8).

Ces différents points ont donc amené aux recommandations suivantes :

- il paraît déraisonnable de définir un taux global brut idéal d'épisiotomies
- il faut instituer une politique incitative pour faire baisser progressivement le taux moyen d'épisiotomies en France en dessous de 30 %.
- il faut créer des formations théoriques et pratiques sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur les techniques de réparation.
- il faut insister sur l'information qui doit être délivrée à la patiente, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (48).

Il a donc été proposé des audits, des formations, la présence d'un leader dans les équipes et une rétro-information pour chaque professionnel de son propre taux d'épisiotomies. Cette valeur pourrait être bientôt un indicateur de qualité utilisé dans le cadre des évaluations des professionnels et de l'accréditation.

D'autres pays ont adopté ces méthodes de travail, notamment en Irlande où déjà dans les années quatre-vingt le recours à l'épisiotomie avait largement diminué dans les établissements concernés (10).

6-2 L'information

Dans la société actuelle, la médecine tend à être considérée comme une science exacte, rendant ses usagers plus revendicatifs. L'information est alors devenue le maître mot dans la relation soignant-patient. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, énonce que « toute personne a droit d'être informée sur son état de santé » (39, 44).

Une information claire, loyale et appropriée doit être délivrée aux patients préalablement aux actes ; cela concerne les actes de prévention, d'investigation, les traitements, les conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. La preuve de cette information doit être apportée par le professionnel.

De plus cette même loi affirme le droit pour tous d'accepter ou de refuser un acte médical, elle exige également le consentement du patient. En effet, l'article L. 1111-4

stipule qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Ce dernier résulte la plupart du temps d'une décision conjointe entre le patient et le professionnel.

A noter que nous ne retrouvons rien à ce sujet dans la littérature.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, les médecins ainsi que les sages-femmes sont amenés à se justifier, à répondre de leurs actes devant la justice, cette tendance est à la hausse. En parallèle, les associations d'usagers ne cessent de se développer et sont de plus en plus virulentes, elles revendiquent le droit à l'information et réclament la diminution du nombre d'épisiotomies, certaines la considérant comme une mutilation sexuelle. Le mouvement anti-épisiotomie grandit et incite les femmes à engager des procédures judiciaires pour non respect du devoir d'information et du consentement éclairé (41, 50). Il apparaît donc nécessaire de réaliser des efforts quant à l'information délivrée aux patientes, mais aussi sur la justification des indications d'épisiotomies sur les documents médico-légaux.

6-3 Les indications de l'épisiotomie (8)

Les nouveaux courants ainsi que l'évaluation des pratiques ont donc permis de remettre en question les indications de l'épisiotomie.

Les différentes études réalisées n'ont pas rapporté de preuves pour affirmer que l'épisiotomie devait être systématique lors de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (grade C). Il en est de même pour les extractions instrumentales. Mais son indication reste classique dans toutes ces situations (3). Il faut noter que l'utilisation de ventouses est associée à un moindre recours à l'épisiotomie et moins de lésions sévères que les forceps (grade A).

L'épisiotomie ne doit pas être systématique en cas de présentation du siège, de la face, d'une variété postérieure, ou de grossesse gémellaire ; elle est encore cependant largement préconisée.

Lors des accouchements des enfants de faible poids, les Recommandations pour la Pratique Clinique affirment qu'il n'y a pas de bénéfice à réaliser une épisiotomie de façon systématique (43). La seule indication qui justifie une épisiotomie systématique

est le périnée court (8). Les autres sont à l'appréciation clinique du praticien, comme pour les périnées multi cicatriciels, graisseux ou toniques, mais aussi en ce qui concerne la suspicion d'hypoxie fœtale.

En parallèle avec ces différents indicateurs, d'autres paramètres ressortent de la réflexion autour de l'épisiotomie, tels que les positions d'accouchement, et la préparation psychoprophylactique obstétricale.

6-4 Les positions d'accouchement

Bien que l'obstétrique s'intéresse peu à l'influence des positions d'accouchement sur la dynamique utérine et fœtale, quelques travaux y ont été consacrés ces dernières années. Il apparaît que ce choix est un phénomène de mode, ce courant est arrivé en France depuis quelques années seulement. Mais l'adoption d'une position particulière résulte essentiellement d'un caractère culturel (3). En effet, le décubitus dorsal est plus utilisé par les sociétés industrialisées, surtout du fait des contraintes des appareillages médicaux ; les autres sociétés ont davantage recours aux positions verticales diverses, spontanées.

Des études ont démontré que les positions verticales et latérales pendant la deuxième phase de travail diminuent le recours à l'épisiotomie par rapport au décubitus dorsal (grade B), toutefois, cela ne diminue pas les réparations périnéales (3) et augmente les pertes sanguines (8). La position accroupie engendre moins de dégâts périnéaux, moins de déchirures sévères, les lésions observées sont moins étendues (20, 23, 24). La position en décubitus dorsal écrase en effet le sacrum et empêche les mouvements de nutation et de contre-nutation. Il y a également une surpression sur les filets nerveux ce qui produit une hyperalgie, alors que la position verticale favorise l'efficacité des contractions utérines. Cependant les études actuelles concernant les différentes positions lors de l'accouchement manquent de puissance et ne comparent pas les autres paramètres que sont la délivrance, l'état néonatal.

Par ailleurs, il n'y a pas d'études suffisantes pour nous renseigner sur les différents modes de poussée visant à préserver le périnée, même si les travaux de DE GASQUET sur ce sujet visent à conseiller la poussée pendant l'expiration, sur le « s » (3).

6-5 La préparation psychoprophylactique obstétricale (3)

La préparation à l'accouchement a changé d'objectifs grâce aux avancées technologiques. Limiter et supporter la douleur ne sont plus les principaux sujets évoqués. La médicalisation a apporté une sécurité et donc un confort supplémentaire, mais elle a aussi généré des contraintes qu'il est désormais nécessaire d'expliquer aux femmes. Par ailleurs, ces femmes expriment de plus en plus le désir d'être actives pendant leur accouchement.

Les premières générations de monitorings et de péridurales faisaient perdre aux patientes toute mobilité, ainsi qu'une absence de réflexe expulsif ayant des effets néfastes sur le périnée. Mais il est maintenant possible de concilier sécurité médicale et accouchement physiologique, cela suppose par ailleurs une disponibilité de la part des équipes et la préparation des femmes.

Comprendre l'intérêt de se mobiliser pour faire descendre le bébé, participer activement à la poussée et gérer ses angoisses sont des éléments fondamentaux qui rentrent dans le cadre de la préparation à la naissance. Cela implique un minimum de connaissance de l'anatomie du bassin ainsi que la compréhension de la physiologie de la femme enceinte. Le sujet de l'épisiotomie inquiète les futures mères et doit être abordé au même titre que la césarienne. La localisation et le rôle du muscle releveur de l'anus, la nécessité de limiter la prise de poids, qui altère la qualité tissulaire, sont également de mise.

Le massage périnéal peut être aussi expliqué et montré à la femme dans le cadre de la prévention des lésions du périnée (3). Il prépare la vulve à la distension lors de l'expulsion en augmentant sa souplesse. Il peut être profond et superficiel. Mais les données sur son efficacité quant à réduire le taux d'épisiotomies sont insuffisantes. Il permet par ailleurs une meilleure connaissance du corps, du vagin et lève ainsi des tabous. Il pourrait permettre d'atténuer les peurs liées à cet organe pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que les refus inconscients de "pousser" lors de l'expulsion.

Les mouvements simples de gymnastique, type la position en tailleur, favorisent également la souplesse du périnée.

Le soutien continu des femmes enceintes par un même professionnel pourrait également réduire le recours aux épisiotomies, mais pas le nombre de sutures périnéales (grade B) (8).

Lors de l'accouchement, dans le cadre de la prévention du périnée, COTELLE, entre autres, recommande de pousser vessie vide, et seulement à dilatation complète, des efforts expulsifs trop longs, ainsi que l'expression abdominale sont à exclure (3).

6-6 Les suites de couches (8, 37)

En suites de couches la douleur de l'épisiotomie est prédominante. Comme toute douleur, elle a plusieurs composantes. Il faut savoir l'appréhender dans sa globalité pour une prise en charge efficace. Elle dépend de chaque individu, de sa culture, de son niveau socio-économique. De plus, il existe différentes façons de l'aborder.

Il y a, entre autres, les traitements médicamenteux. Le paracétamol est très utilisé mais ne semble que partiellement efficace. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés per os ou par voie rectale sont pour leur part très efficaces sur les douleurs post-épisiotomie (grade A). Ils peuvent être utilisés sur une période courte chez la femme qui allaite. Le bénéfice des antiseptiques locaux n'a pas été prouvé (8).

D'autres moyens peuvent être utilisés pour soulager la douleur, comme l'homéopathie, l'acupuncture, des compresses imbibées de sérum physiologique sur la cicatrice, ou une vessie de glace...

Mais pour un meilleur vécu de l'épisiotomie autant physique que psychologique, la sage-femme doit assurer son rôle d'écoute et de soutien afin que la femme puisse verbaliser ses craintes. Elle doit dédramatiser les bouleversements corporels sans pour autant les banaliser, et assurer son rôle de prévention, d'éducation pour guider ces femmes. La sage-femme les rassure par l'examen clinique et les responsabilise en leur donnant des conseils d'hygiène sur les soins, ce qui donne par ailleurs de meilleurs résultats quant à la cicatrisation et autonomise les patientes. De plus, elles se familiarisent avec une vulve qui les inquiète et peuvent donc constater le retour à la normale par le toucher. Elles adaptent alors les soins par rapport à la localisation de la douleur. L'image fantasmée de la blessure s'amointrit et laisse place à une image plus objective.

Il est important que ces femmes reprennent confiance en elles, acceptent ce corps qui a changé et comprennent que ce n'est que passer ; les difficultés de réinvestissement corporel sont souvent oubliées. La confiance en soi est intimement liée à sa représentation physique, le déroulement des événements à venir ne seront que mieux vécus si la femme se sent bien. Les rapports sexuels seront aussi plus investis du fait d'une meilleure connaissance corporelle.

Mais la douleur physique ou psychogène peut aussi annoncer les prémices de dyspareunies engendrées par l'angoisse, la peur du coït. D'après DOLTO (34), l'épisiotomie symbolise la castration pénienne, vécue comme une angoisse par la petite fille qui réalise le manque, par rapport à son père, objet primitif de séduction et de déconvenue, vis à vis de sa mère qui l'a faite comme elle, sans pénis. Selon la pédopsychiatre, l'épisiotomie "dé-bisexualise" la femme brutalement pour la confronter à son identité féminine.

Si le stade œdipien a bien été intégré par la petite fille, tout se passera pour le mieux, et la reprise des rapports sexuels se fera sans trop de problème. Mais, dans le cas contraire, cette confrontation avec la féminité refusée ou refoulée risque d'exacerber le traumatisme réel de l'épisiotomie et le soulagement ne pourra être apporté que par une aide psychologique.

Du côté du jeune père, de façon générale, l'épisiotomie est considérée comme un geste mutilant et agressif, comme une dépossession du corps et du sexe de sa femme. Pour la femme, la violence du geste est moins exprimée mais c'est plutôt la douleur de la cicatrice et le traumatisme psychique de la naissance qu'elle évoque. Pour autant, certaines femmes revendiquent que cette pratique va à l'encontre de leur sexualité (1).

Les changements récents concernant l'épisiotomie nous ont amené à réaliser notre enquête sur les pratiques actuelles des sages-femmes et leur évaluation. A travers cela nous souhaitons percevoir également le regard de ces professionnels sur cet acte.

ETUDE CLINIQUE

1 - METHODOLOGIE

1-1 Les objectifs de l'étude

Au travers de nos différentes expériences de stage, nous avons pu constater des attitudes totalement opposées concernant la pratique de l'épisiotomie. Les discours ne sont pas les mêmes et le choix de cet acte diffère d'une sage-femme à une autre, d'un médecin à un autre. Les comportements évoluent également avec l'expérience et selon les époques. Ce mémoire se propose donc de percevoir le regard que portent aujourd'hui les sages-femmes sur ce geste.

De plus, nous avons souhaité évaluer les pratiques professionnelles, sujet qui est au cœur des discussions dans le monde du travail actuellement, ainsi que l'impact des recommandations actuelles.

1-2 Les moyens de l'étude

Notre étude repose sur une enquête prospective multicentrique, auprès des sages-femmes de la plupart des maternités du département de la Seine Maritime, à savoir :

- Centre hospitalier universitaire de Rouen (niveau 3)
- Centre hospitalier Flaubert, Le Havre (niveau 3)
- Centre hospitalier Le Belvédère, Mont Saint-Aignan (niveau 2)
- Centre hospitalier de Dieppe (niveau 2)
- Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf, Louviers, Val de Reuil (niveau 2)
- Clinique Mathilde, Rouen (niveau 2)
- Centre hospitalier de Fécamp (niveau 1)
- Centre hospitalier Monod, Le Havre (niveau 1)
- Clinique du Petit Colmoulin, Harfleur (niveau 1)
- Centre hospitalier de Lillebonne (niveau 1)

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les services des différentes maternités. Elle s'est échelonnée du 15 septembre au 30 novembre 2007. Au total, 320 questionnaires ont été distribués ; 203 ont été récupérés, un n'était pas valide car rempli par un obstétricien. Le taux de récupération est de 63%. Notre étude repose donc sur 202 témoignages.

Le questionnaire (annexe II) est composé de trente et une questions qui sont réparties en quatre parties.

La première nous donne des renseignements généraux sur la sage-femme :

- ✓ son sexe
- ✓ son lieu d'exercice
- ✓ son ancienneté

La deuxième porte sur ses connaissances concernant les points suivants:

- ✓ le taux d'épisiotomies en France
- ✓ le rôle préventif de l'épisiotomie systématique quant aux déchirures du troisième et quatrième degré, au prolapsus et à l'incontinence urinaire
- ✓ les éventuelles indications systématiques de l'épisiotomie
- ✓ les positions les plus favorables pour un accouchement sans épisiotomie
- ✓ la méthode de réfection la moins douloureuse pour la patiente
- ✓ le traitement le plus efficace pour soulager la douleur dans le post partum
- ✓ la connaissance des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie.

La troisième partie concerne l'information donnée aux patientes sur :

- ✓ les avantages et les inconvénients de l'épisiotomie
- ✓ le cadre dans lequel l'information est donnée
- ✓ l'information pendant le travail.

La dernière partie nous renseigne sur la pratique clinique de la sage-femme ainsi que son évaluation :

- ✓ la confrontation au refus d'une patiente concernant l'épisiotomie
- ✓ l'anesthésie en vue de celle-ci
- ✓ les positions utilisées pour l'accouchement, et celles dans lesquelles elles observent le plus d'épisiotomies
- ✓ le changement éventuel de pratique pour les sages-femmes mères
- ✓ leur méthode de réfection
- ✓ leur intérêt dans les suites de couches pour les épisiotomies qu'elles réalisent
- ✓ les recommandations faites aux patientes, ainsi que la prise en charge de la douleur dans le post partum
- ✓ l'évolution dans leur pratique de l'épisiotomie, l'estimation de leur taux
- ✓ leur souhait quant à l'amélioration de leurs pratiques

1-3 Les tests statistiques

Les résultats ont été obtenus suite à la saisie informatique des données dans le logiciel d'Excel, et de Stata.

Les tests statistiques utilisés pour l'interprétation ont été le test du chi², le test de Student.

La significativité des résultats a été déterminée par : $p < \text{ou} = 0,05$.

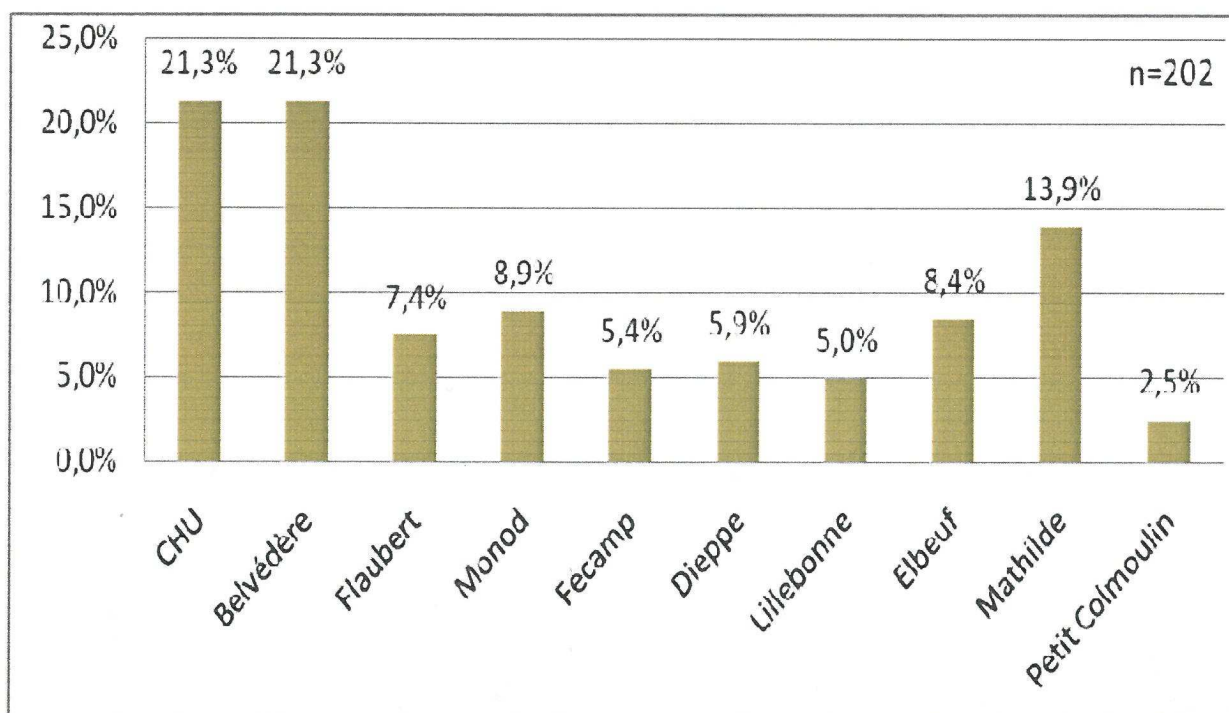
2 - LES RESULTATS

Nous exposons dans une première partie les résultats bruts des questionnaires, puis dans une deuxième, quelques résultats croisés qui nous semblaient intéressants de développer, et enfin dans la troisième partie, quelques chiffres concernant deux maternités du département.

PREMIERE PARTIE

2-1 La population

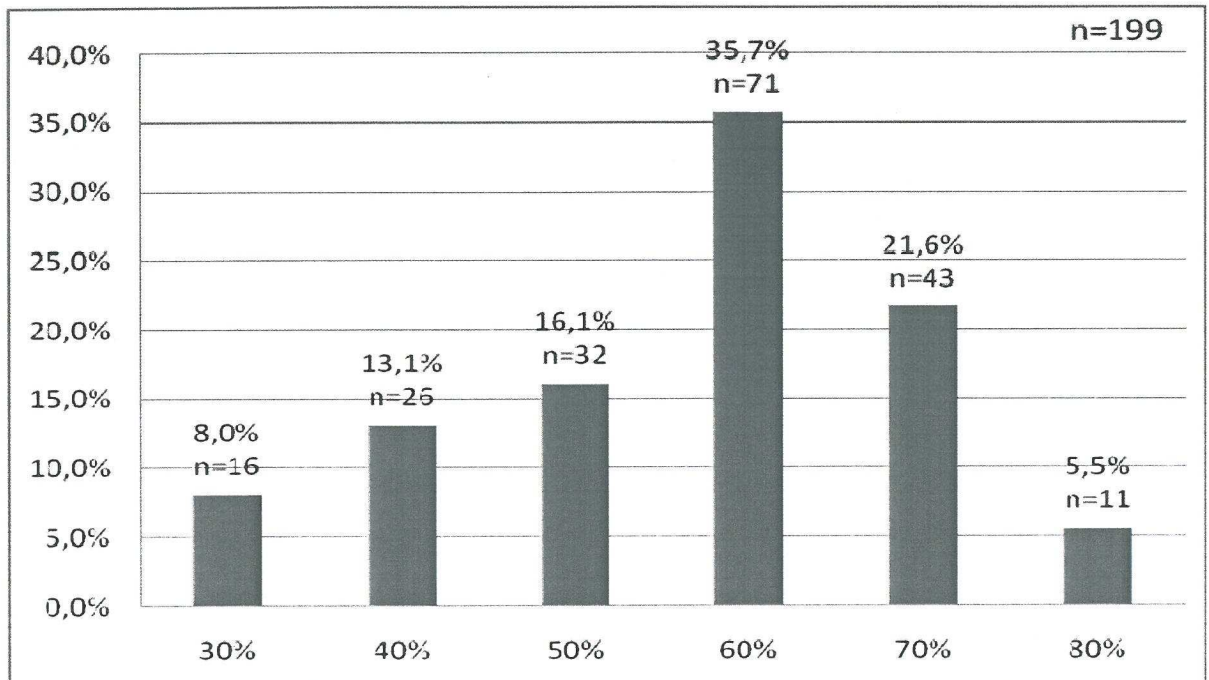
- Vous êtes :
202 personnes ont été interrogées, 199 sont des femmes, 3 sont des hommes.
- Dans quel établissement travaillez-vous :



- Depuis combien d'années exercez-vous la profession de sage-femme :
Les sages-femmes exercent en moyenne depuis 9 ans.
L'ancienneté va de 3 mois à 36 ans. 75 (38%) sages-femmes exercent depuis dix ans ou plus, 113 (58%) depuis cinq ans ou plus.
8 personnes n'ont pas répondu à cette question.

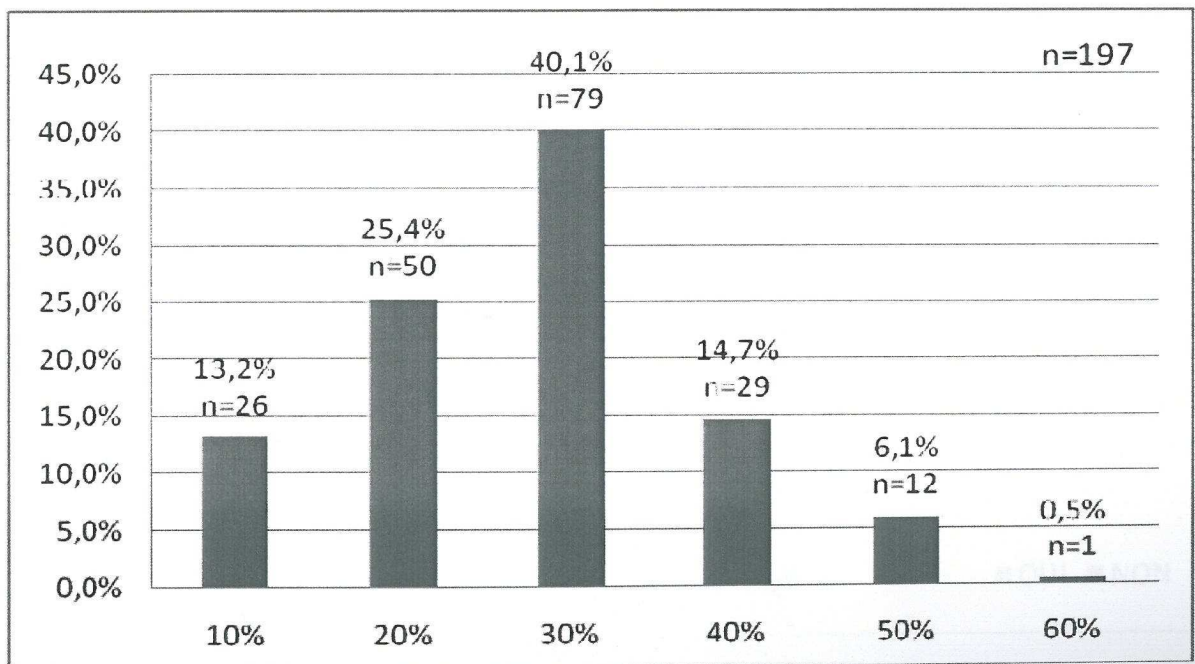
2-2 Les connaissances générales

- Selon vous, quel est le taux d'épisiotomies réalisées en France chez les primipares :



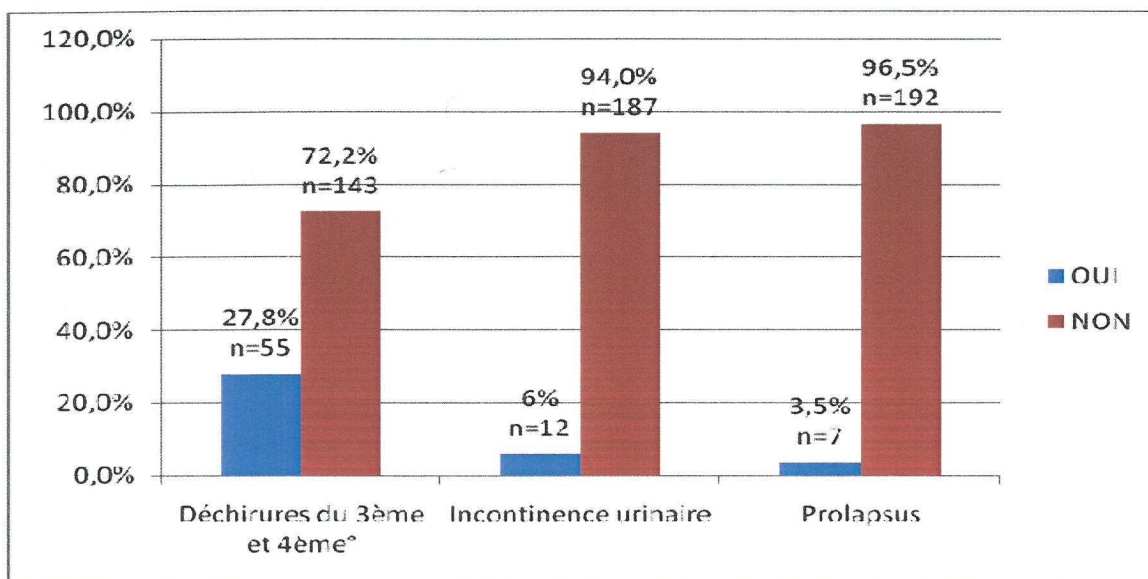
3 (1,5%) personnes n'ont pas répondu.

- chez les multipares :



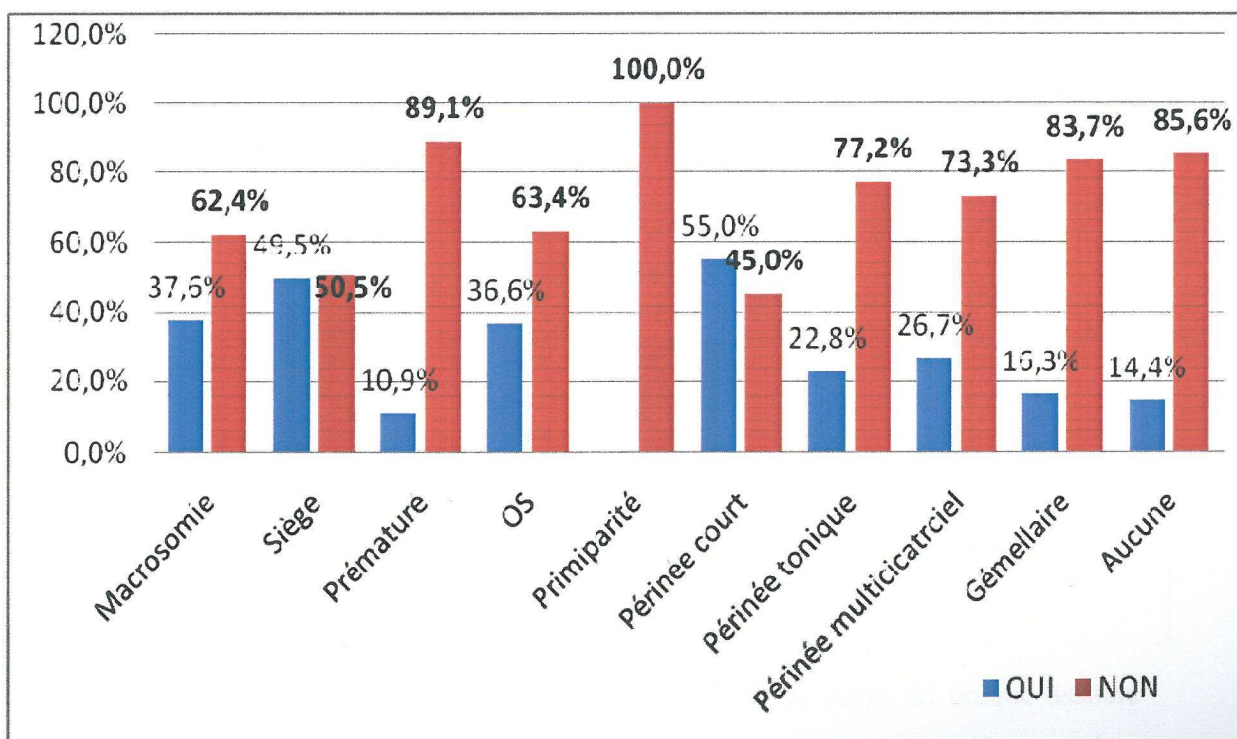
5 (2,5%) personnes n'ont pas répondu.

- Pensez-vous que l'épisiotomie systématique protège :



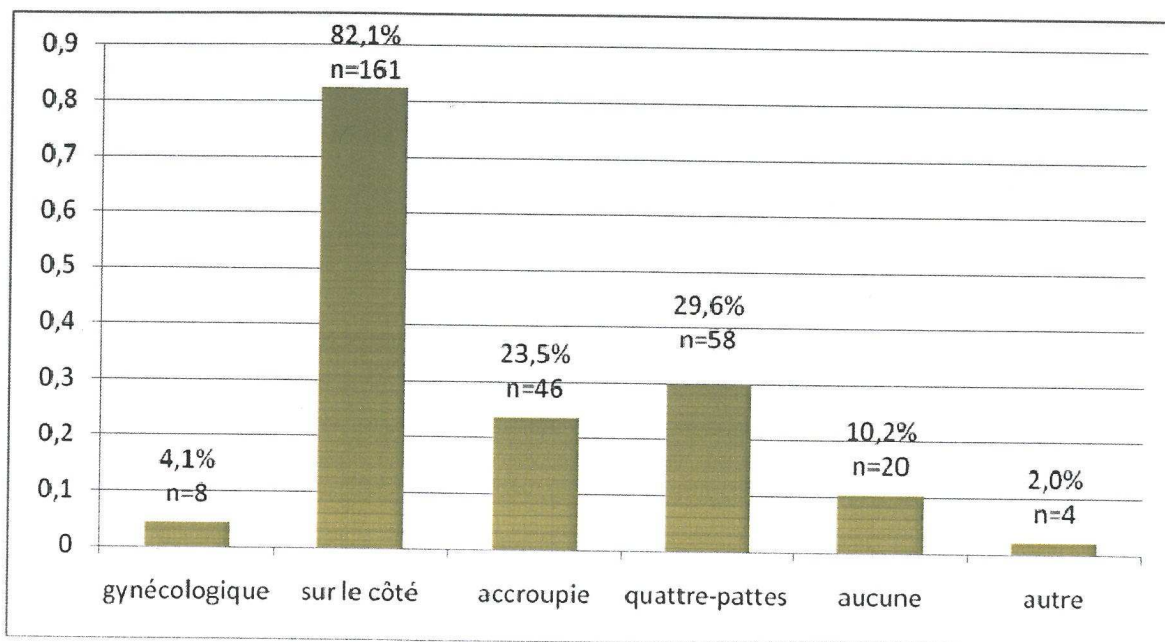
4 personnes ne se sont pas prononcées en ce qui concerne les déchirures du troisième et quatrième degré, 3 ne se sont pas prononcées sur l'incontinence urinaire et le prolapsus.

- Dans quel cas, pour vous, une épisiotomie doit être réalisée de façon systématique (plusieurs réponses possibles) :



D'autres propositions ont été ajoutées : la souffrance fœtale aiguë (7), les mutilations sexuelles (1), l'obésité (1), l'origine asiatique (1), une grande distance ano-vulvaire (1).

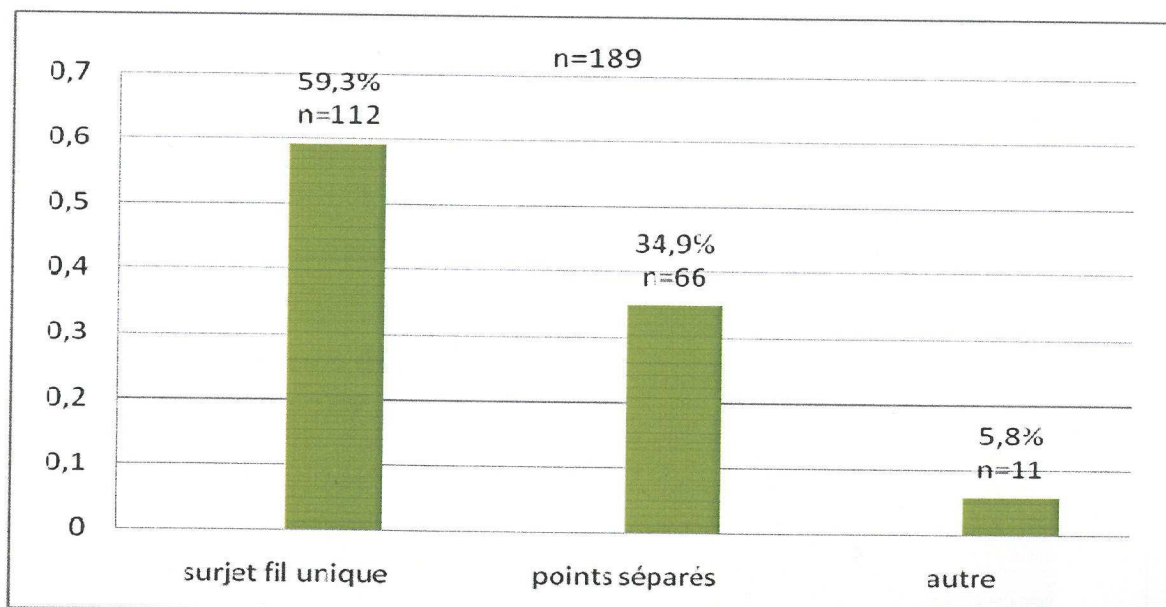
- Quelle position, selon vous, est la plus favorable pour un accouchement sans épisiotomie :



6 (3%) personnes n'ont pas répondu.

Les réponses « autres » sont les suivantes : debout (2), suspendue (2).

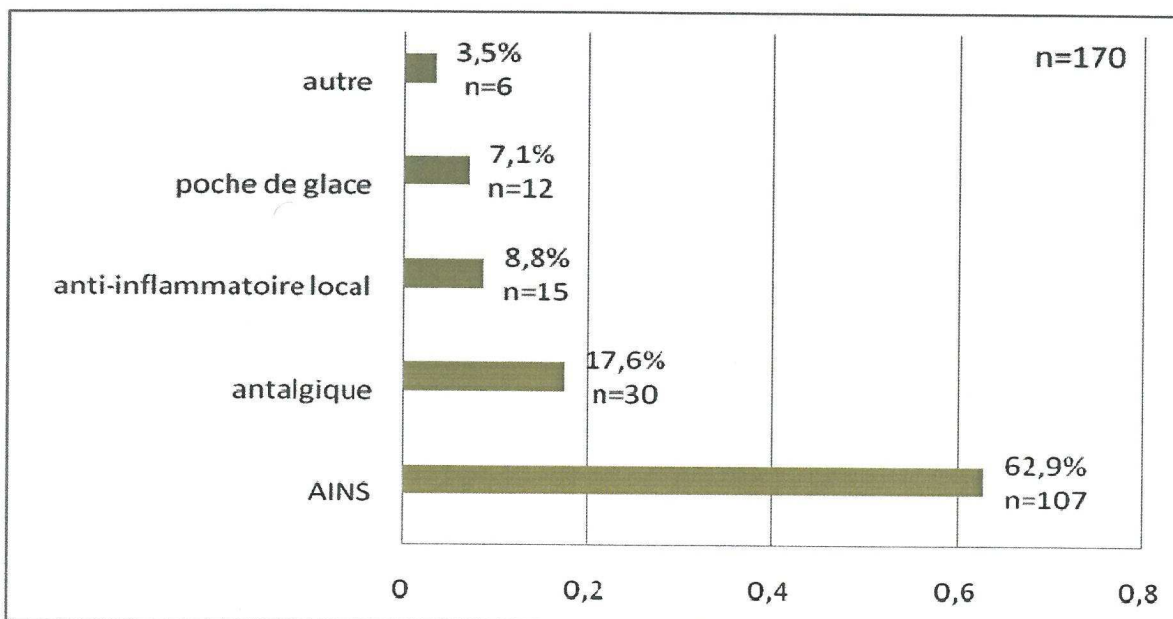
- Quelle méthode de réfection apporte, selon-vous, un bénéfice à la patiente :



Les réponses « autres » sont : les points Blair-Donatti (2), le surjet fil unique associé aux points séparés (2), le surjet intra dermique (3), le surjet vaginal associé aux points séparés (3), aucune (1).

L'abstention est de 6,4% (13).

- Quel traitement est le plus efficace pour soulager la douleur de l'épisiotomie :

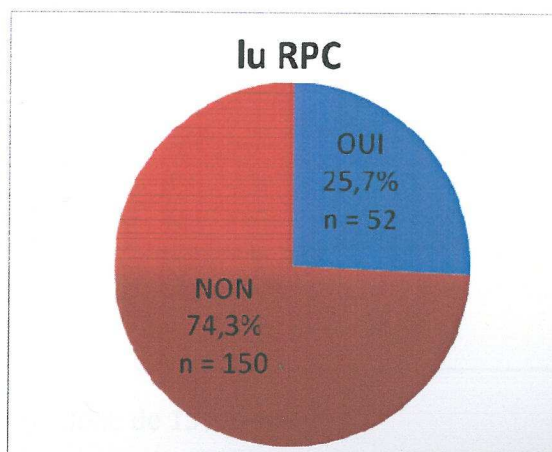
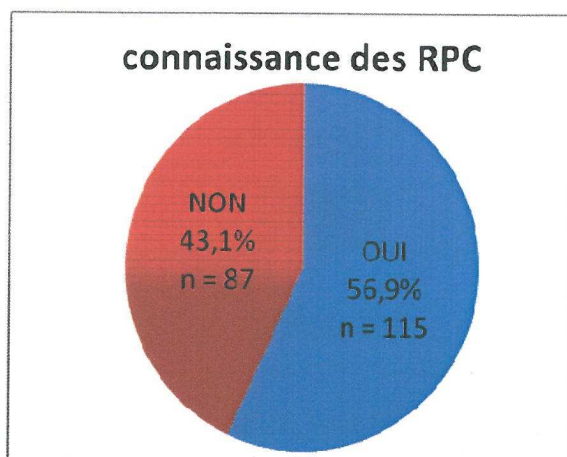


Les propositions « autres » sont : le traitement par homéopathie (3), du sérum physiologique sur des compresses (1), le repos (2). De plus certaines sages-femmes ont souligné que le traitement dépendait du type de douleur et de la patiente (2).

27 personnes (13,4%) ont répondu à plusieurs items, ces réponses ont donc été considérées comme invalides ; parmi celles-ci les réponses autres sont : l'acupuncture (1), la bouée (2), l'homéopathie (2), l'écoute (1).

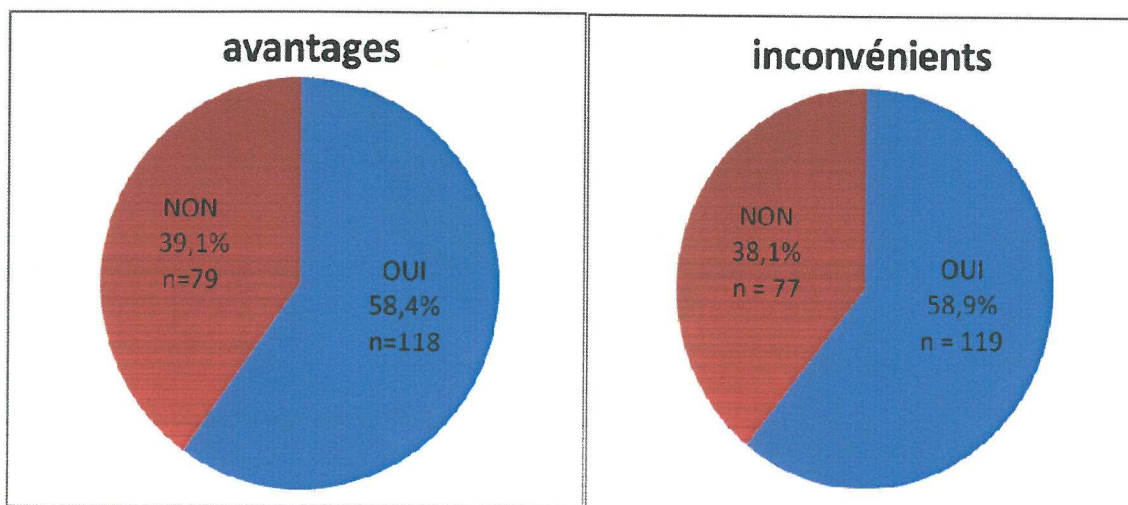
L'abstention est de 2,5% (5).

- Avez-vous entendu parler des recommandations sur la pratique clinique concernant l'épisiotomie ? Les avez-vous lues ?



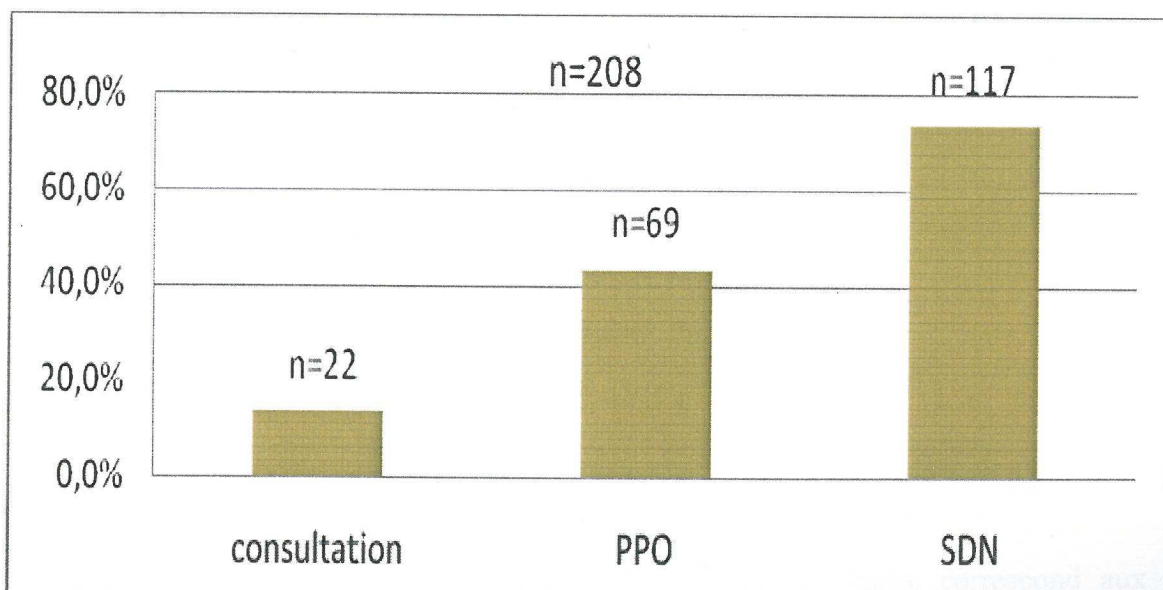
2-3 L'information

- Informez-vous les patientes des avantages et inconvénients de l'épisiotomie :



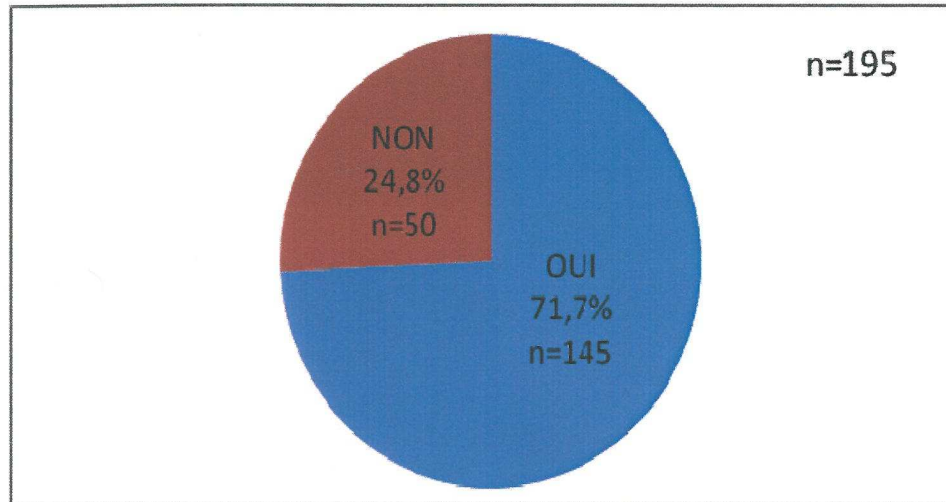
L'abstention est de 2,5% (5) pour les avantages et de 3% (6) pour les inconvénients.

- Dans quel cadre donnez-vous cette information (plusieurs réponses possibles) :



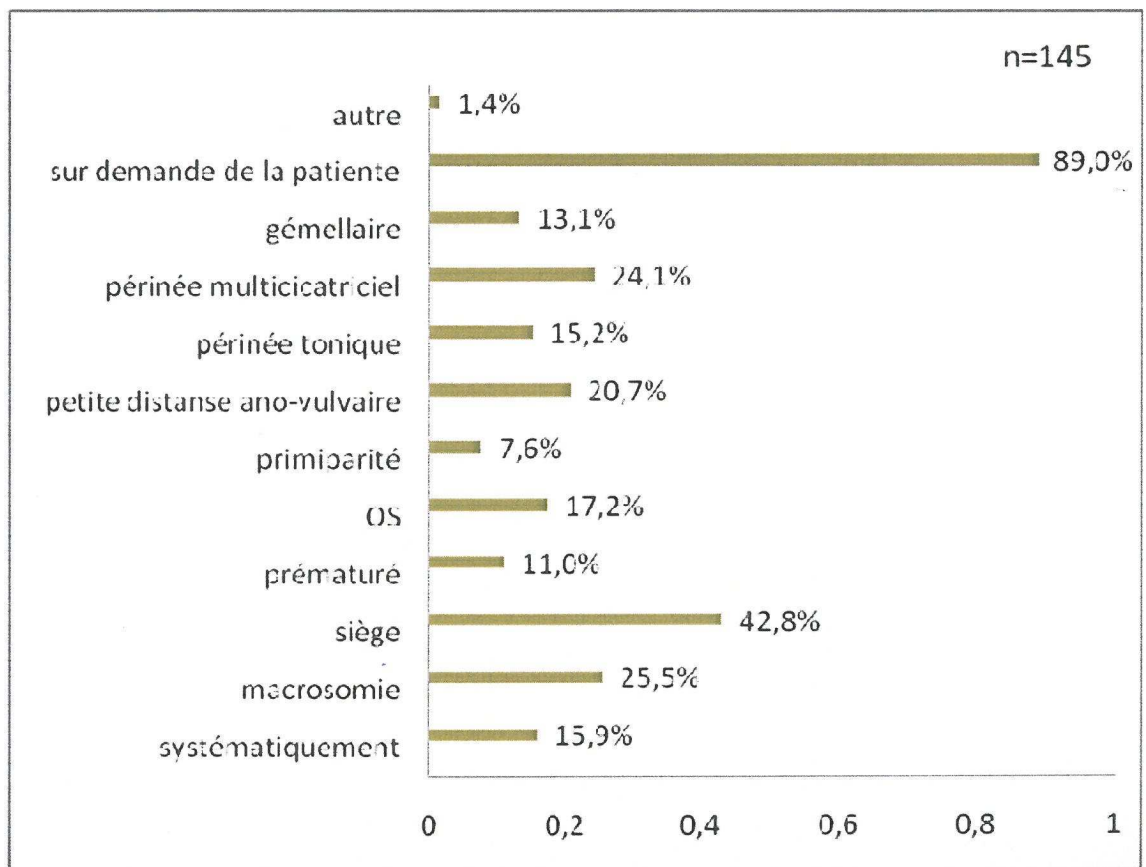
L'abstention est de 21,3% (43), notre effectif est donc de 159 personnes.

- Abordez-vous le sujet de l'épisiotomie pendant le travail :



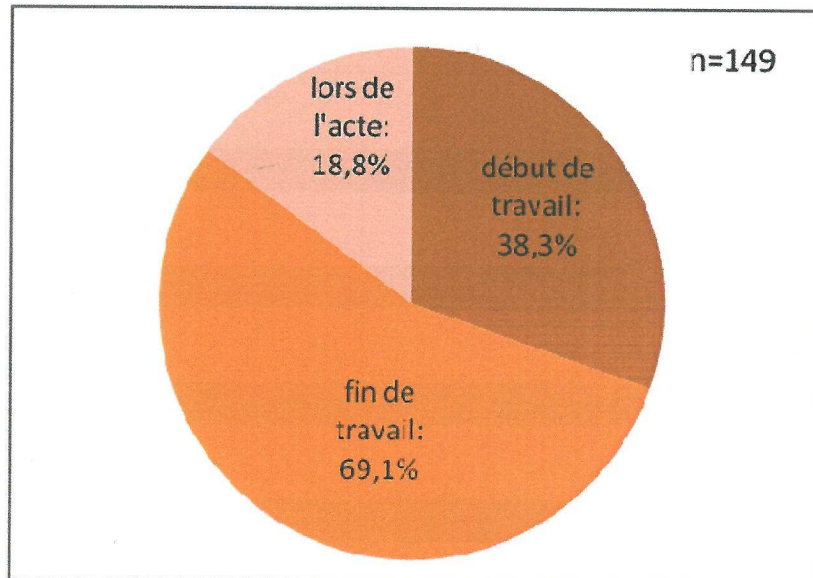
L'abstention est de 3,5% (7).

- Si vous l'abordez, est-ce dans certains cas ou systématiquement :



2 personnes ont répondu « autre », l'un n'est pas justifié, l'autre correspond aux manœuvres instrumentales, ce thème n'avait pas été cité car il ne relève pas de la compétence de la sage-femme. 13% (26) se sont abstenus.

- Si vous l'abordez, à quel moment le faites-vous :

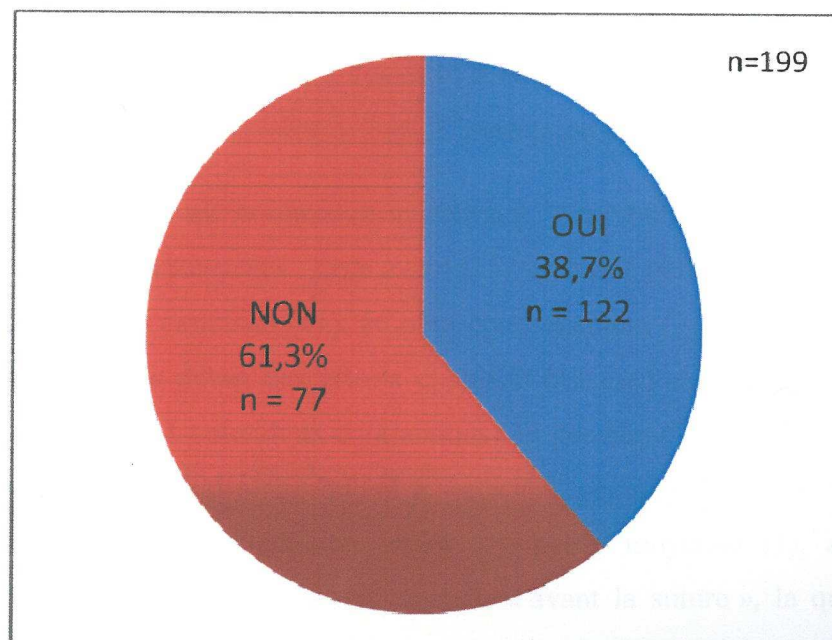


Plusieurs réponses étaient possibles.

L'abstention est de 26,2% (53).

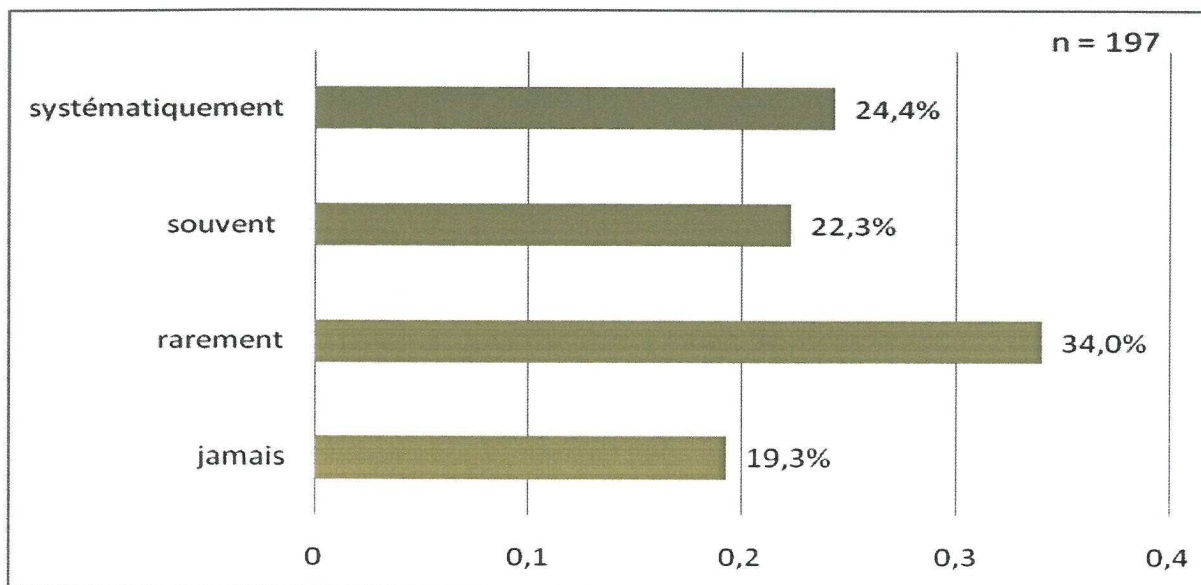
2-4 Leur pratique et son évaluation

- Avez-vous déjà été confrontée au refus d'une patiente concernant l'épisiotomie :



3 (1,5%) personnes se sont abstenues.

- Pratiquez-vous une anesthésie locale pour réaliser une épisiotomie lorsque la patiente n'a pas de péridurale ou lorsque celle-ci est inefficace :



5 (2,5%) personnes se sont abstenues.

- Si c'est le cas, avec quel produit, à quelle dose, à quel moment :
78,7% (159) font des anesthésies locales.

Sur ces 159 personnes, 87% (139) utilisent la Xylocaïne* 1%, 3,1% (5) utilisent la Xylocaïne* 2% et 3,1% la naropéïne. 6,3% (10) se sont abstenus.

En moyenne, les sages-femmes utilisent 10,6 ml de produit anesthésiant. La dose maximale est 20 ml et la minimale 2 ml. L'abstention est de 31% (50).

A la dernière partie de la question concernant le moment de l'anesthésie, les réponses ont été les suivantes : juste avant (25), quand le périnée est amplié (10), pendant les efforts expulsifs (11), au petit couronnement (11), quand la tête est partie basse (5), au début des efforts expulsifs (8), cinq minutes avant (5), la contraction avant (3), entre deux contractions (3), pendant l'ampliation (4), tête à la vulve (2), si nécessaire (2), quand je peux (1), pendant l'expulsion (2), dix minutes avant (1), deux minutes avant (1), partie moyenne (1), au grand couronnement (1). 3 personnes ont répondu « avant la suture », la question a donc été mal comprise.

32% (51) n'ont pas précisé le moment où elles réalisaient l'épisiotomie.

- Les positions d'accouchement les plus utilisées :

29% (58) des sages-femmes n'utilisent que la position gynécologique.

43% (86) utilisent la position gynécologique et la position sur le côté.

19% (38) utilisent la position « 4 pattes ».

22% (44) utilisent la position accroupie.

90% des sages femmes interrogées utilisent la position gynécologique le plus couramment, 4,5% l'utilisent en deuxième.

4,5% des sages-femmes utilisent le plus souvent la position sur le côté, 63% l'utilisent en deuxième.

2 personnes se sont abstenues à cette question.

- Les positions d'accouchement où les sages-femmes observent le plus d'épisiotomies :

98% (135) des sages-femmes qui ont répondu, observent plus d'épisiotomies en position gynécologique, deux en observent plus en position accroupie et une sur le côté.

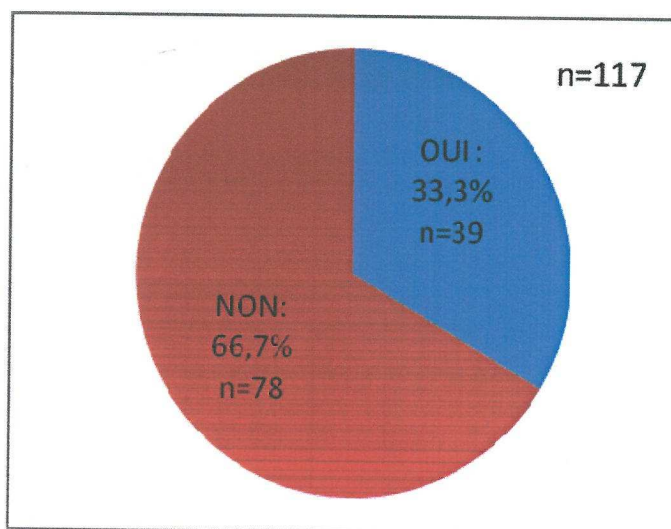
52% (72) classent en deuxième la position sur le côté ; 8% (11) mettent la position accroupie et 2% (3) la position « quatre-pattes ».

Parmi les dix qui ont classé toutes les positions, six observent moins d'épisiotomies en positions à quatre-pattes.

32% (64) se sont abstenus à cette question.

- Si vous êtes mère, votre expérience en tant que patiente a-t-elle modifié votre pratique concernant l'épisiotomie :

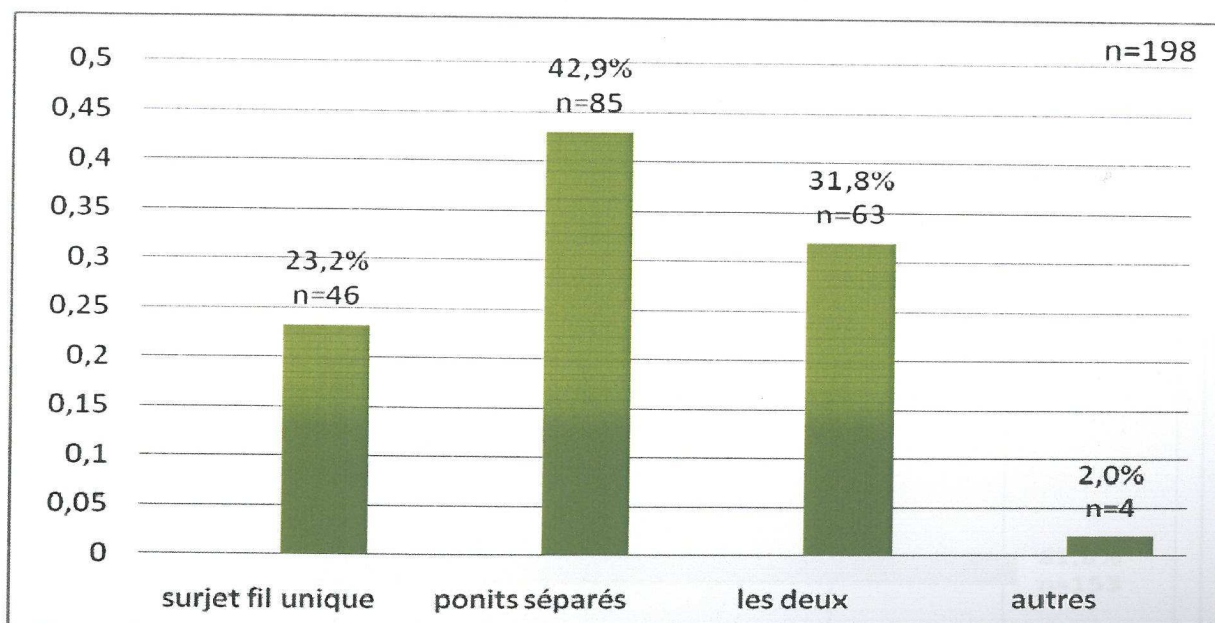
117 sages-femmes (57,9%) sont mères dans notre enquête



33,3% (39) des sages-femmes mères ont modifié leur pratique. 38 ont répondu qu'elles réalisaient moins d'épisiotomies qu'auparavant, une seule en réalise plus.

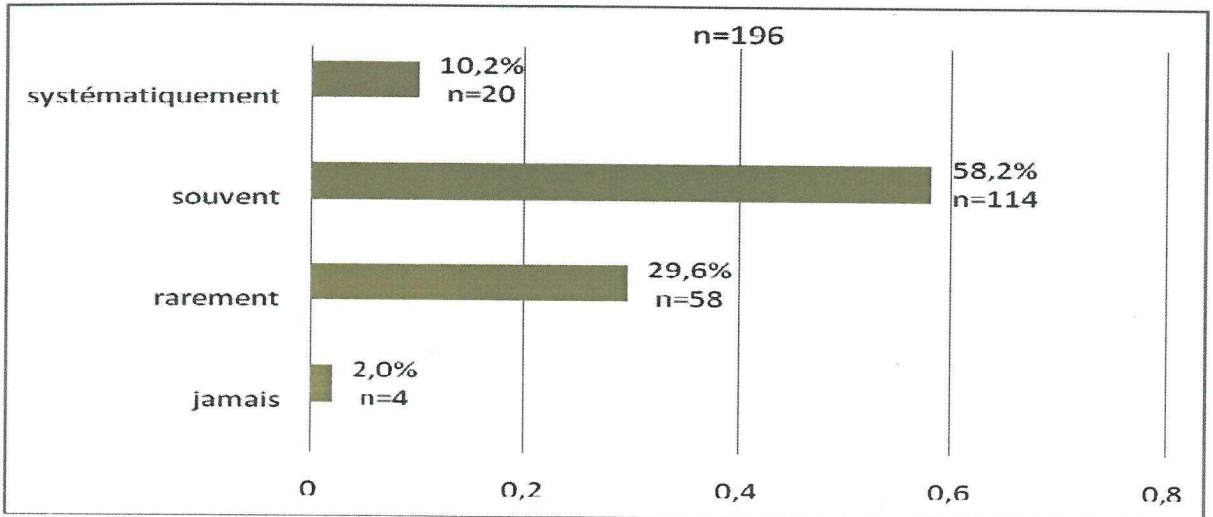
Dans la série de tableaux qui suit les pourcentages d'abstention ne sont pas précisés, « n » correspond à l'effectif qui a répondu à la question.

- Comment suturez-vous :

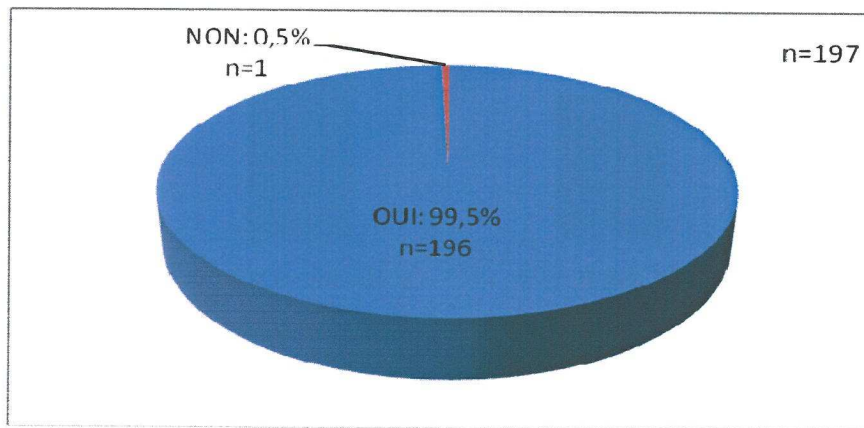


Les propositions autres sont : le surjet intra dermique (2), le Blair-Donatti à la peau (2).

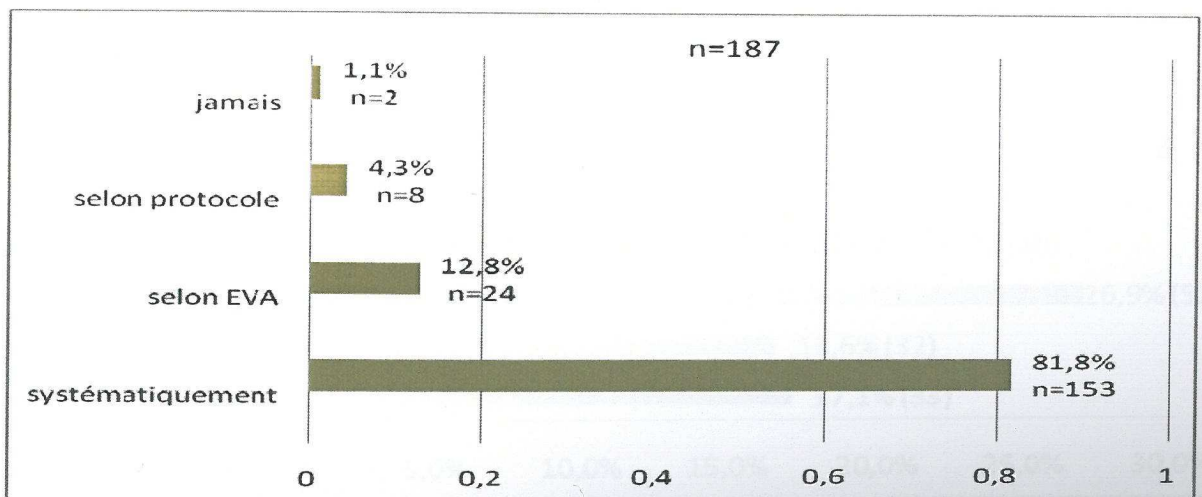
- Vous intéressez-vous aux suites des épisiotomies que vous avez réalisées :



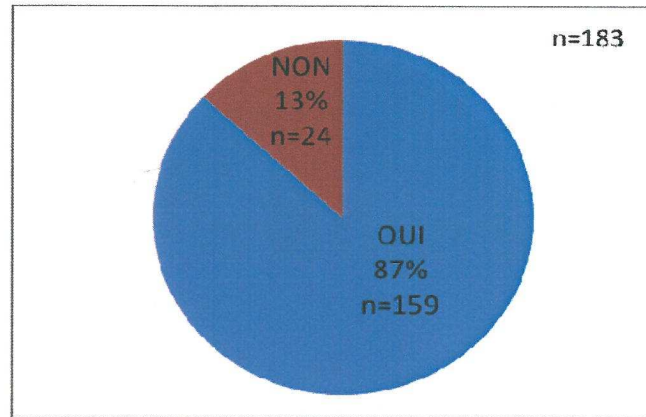
- Faites-vous des recommandations quant à l'hygiène de l'épisiotomie :



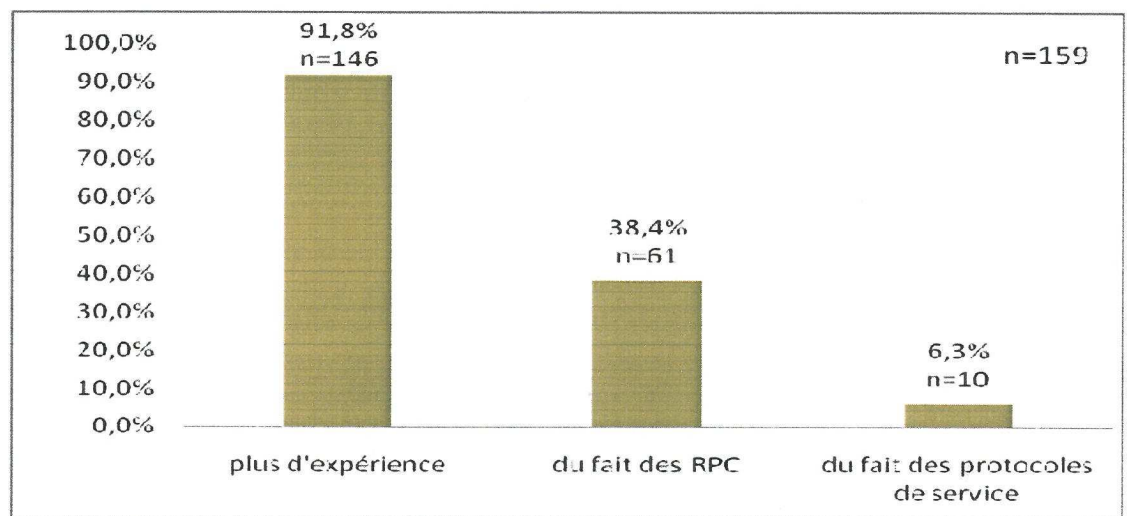
- Prenez-vous en charge la douleur des femmes ayant une épisiotomie :



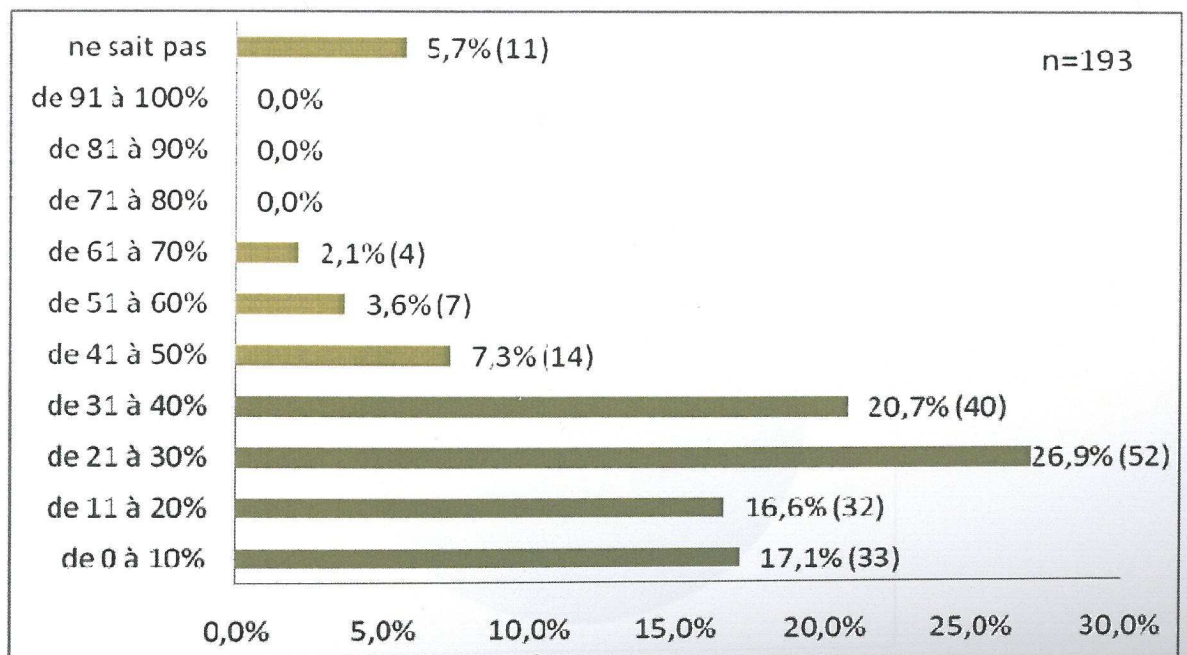
- Réalisez-vous moins d'épisiotomies qu'en début de carrière :



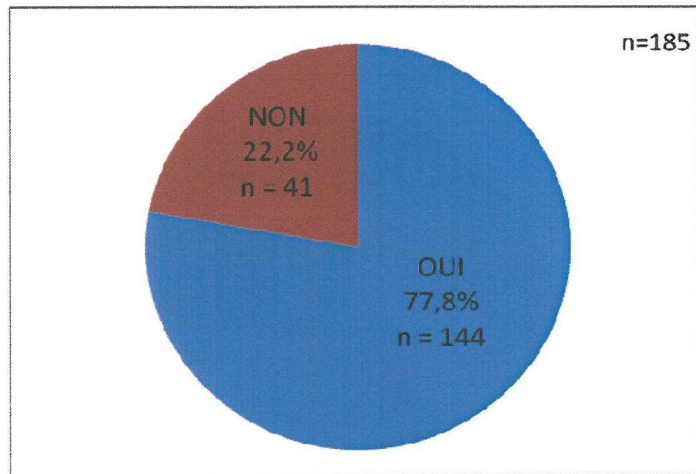
- Si oui, pourquoi :



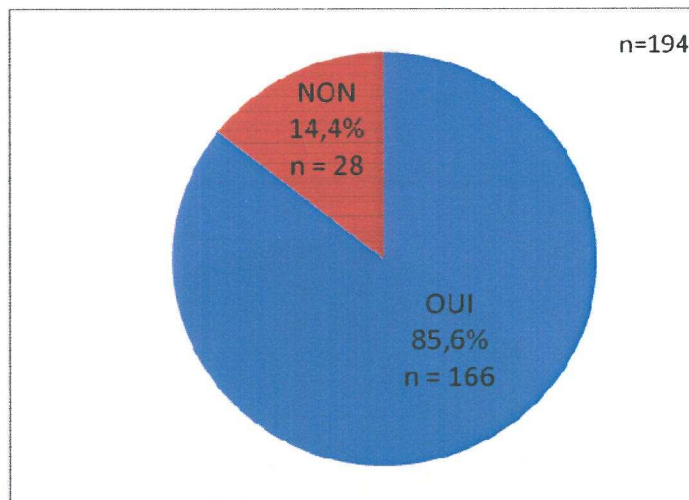
- A quel taux estimez-vous votre pratique de l'épisiotomie :



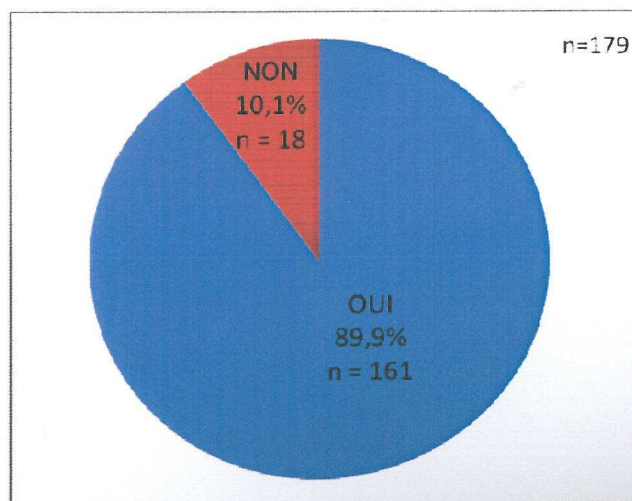
- Souhaiteriez-vous réaliser moins d'épisiotomies :



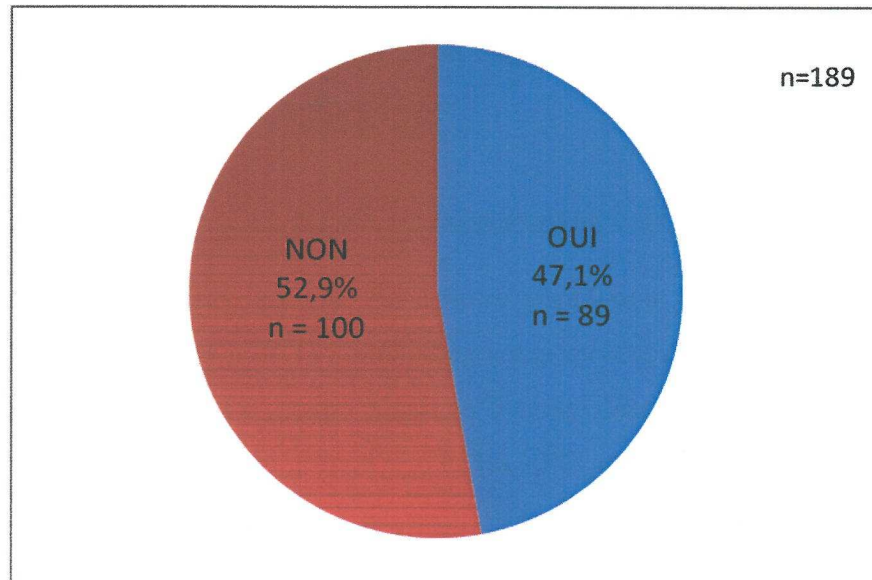
- Accepteriez-vous de participer à des audits de pratique sur l'épisiotomie :



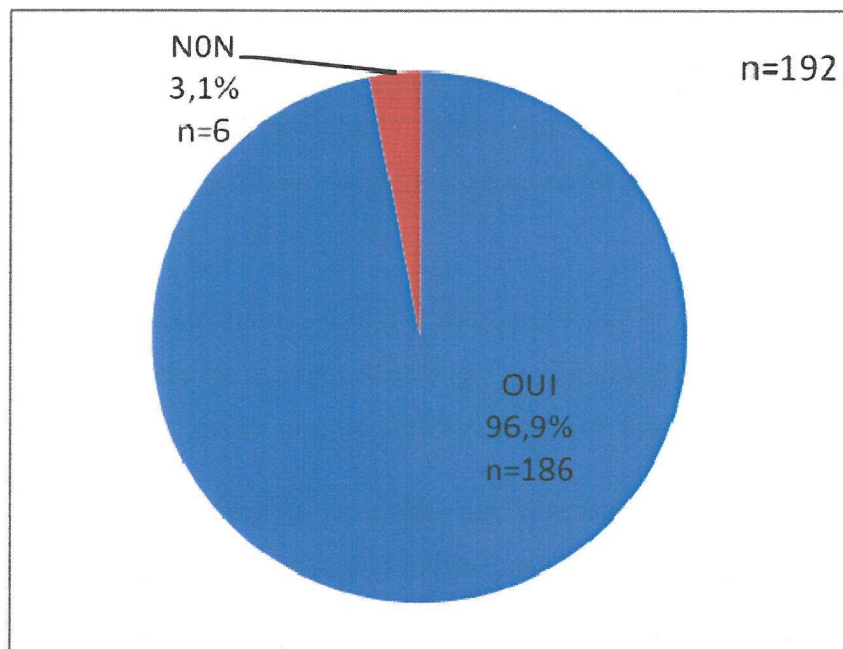
- Dans ce cadre, vous intéresserait-il de connaître votre taux d'épisiotomies :



- Dans ce même cadre, pensez-vous que, sur le partogramme, l'indication de l'épisiotomie doit être argumentée :



- ainsi que la technique de réfection spécifiée :



DEUXIEME PARTIE

Nous avons souhaité dans un deuxième temps nous intéresser plus particulièrement à certains critères afin de savoir s'ils avaient un impact sur la pratique des sages-femmes.

✓ La connaissance et la lecture des recommandations

Nous avons défini quatre groupes dans notre population afin de les comparer sur différents items en fonction de la connaissance des recommandations pour la pratique clinique et de leur lecture. Le groupe A sait qu'il existe des recommandations, le groupe B n'en a pas connaissance. Le groupe C a lu les RPC, et le groupe D ne les a pas lues et/ou n'en a pas eu connaissance.

- 44% de celles qui ont eu connaissance des RPC les ont lues.
- Le rôle protecteur de l'épisiotomie systématique sur les déchirures du troisième et quatrième degré : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,44$), et entre les groupes C et D ($p = 0,38$).
- Le rôle protecteur de l'épisiotomie systématique sur l'incontinence urinaire et le prolapsus : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,48$), et entre les groupes C et D ($p = 0,41$).
- La réalisation systématique d'une épisiotomie lors d'un siège : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,76$), et entre les groupes C et D ($p = 0,93$). Il en est de même pour le périnée court, ($p = 0,6$), ($p = 0,64$).
- La méthode de réfection la moins douloureuse pour la patiente : le surjet unique : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,88$), et entre les groupes C et D ($p = 0,96$).
- La pratique d'une anesthésie en vue de réaliser une épisiotomie : pas de différence significative entre jamais + rarement et souvent + systématiquement que ce soit pour les groupes A et B ($p = 0,49$), ou les groupes C et D ($p = 0,42$).
- Le souhait de participer à des audits : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,07$). Celles qui n'ont pas lu les RPC (groupe D) souhaitent davantage participer aux audits que celles qui les ont lues (groupe C) ($p = 0,02$).

- L'estimation de son taux d'épisiotomies à moins de 30% : pas de différence significative entre les groupes A et B ($p = 0,89$). Par contre, le groupe C qui a lu les RPC estime faire moins d'épisiotomies ($p = 0,02$) que le groupe D (77,5% versus 60%).
- L'ancienneté : il y a une différence significative entre les groupes A et B (7,9 ans en moyenne versus 10,8 ans. $p = 0,02$). Par contre, il n'y en a pas entre les groupes C et D ($p = 0,16$).

✓ L'ancienneté

Nous avons délimité deux populations en fonction de l'expérience professionnelle, le seuil a été fixé à cinq ans. Les items retenus ont été :

- La réalisation systématique d'une épisiotomie dans le cas d'une suspicion de macrosomie : la différence n'est pas significative ($p = 0,12$). Il en est de même pour les accouchements par le siège ($p = 0,63$).
- La méthode de réfection la moins douloureuse pour la patiente : le surjet fil unique : il n'y a pas de différence significative ($p = 0,27$).
- La pratique d'une anesthésie locale en vue de la réalisation d'une épisiotomie : la différence n'est pas significative ($p = 0,06$), mais 52% de celles qui ont plus de cinq ans d'ancienneté font une anesthésie versus 38% pour les autres.
- Le souhait de participer à des audits : 97% de celles qui ont moins de cinq ans d'expérience souhaitent participer à des audits versus 79% ($p < 0,001$). De plus, les sages-femmes qui exercent depuis plus longtemps ne désirent pas participer aux audits (18,2 années d'ancienneté versus 7,5 ; $p < 0,001$) ni connaître leur taux d'épisiotomies (17 ans d'ancienneté versus 7,5) ($p < 0,001$).
- L'estimation de leur taux d'épisiotomies à moins de 30% : il n'y a pas de différence significative ($p = 0,25$). Par contre, la moyenne de l'ancienneté est de 10 ans pour celles qui en font moins de 30% versus 6 ans pour les autres, cette différence est significative ($p = 0,036$).
- Le souhait de réaliser moins d'épisiotomies : les jeunes diplômées le souhaitent davantage, l'ancienneté moyenne est de 8,2 versus 11,3 ($p = 0,04$).

✓ Le secteur d'activité

Nous avons aussi retenu comme critère l'exercice en secteur public et privé :

- L'ancienneté : il n'y a pas de différence significative (la moyenne d'années d'expérience professionnelle est de 11,3 dans le secteur privé et de 8,7 dans le secteur public ; $p = 0,14$).
- La réalisation systématique d'une épisiotomie lors d'un siège : 45% des sages-femmes qui travaillent dans le secteur public pensent qu'elle est nécessaire, versus 73% pour celles du secteur privé ($p = 0,04$).
A l'inverse 41% des sages-femmes du secteur public pensent que l'épisiotomie doit être systématique lors d'une suspicion de macrosomie versus 21% pour le secteur privé.
- La méthode de réfection la moins douloureuse : 64% estiment que c'est le surjet fil unique dans le secteur public versus 37% dans le secteur privé ($p = 0,02$).
- Les RPC : 60% des sages-femmes du secteur public ont entendu parler des RPC versus 39% pour le secteur privé ($p = 0,02$). Par ailleurs, il n'y a pas de différence concernant la lecture des RPC ($p = 1,3$).
- La pratique d'une anesthésie locale pour réaliser une épisiotomie : il n'y a pas de différence significative ($p = 0,45$).
- Le souhait de participer aux audits : 89,6% des sages-femmes du secteur public souhaitent participer aux audits versus 63,3% dans le secteur privé ($p < 0,001$).
- L'estimation de leur taux d'épisiotomies à moins de 30% : il n'y a pas de différence significative ($p = 0,2$).

✓ L'information donnée

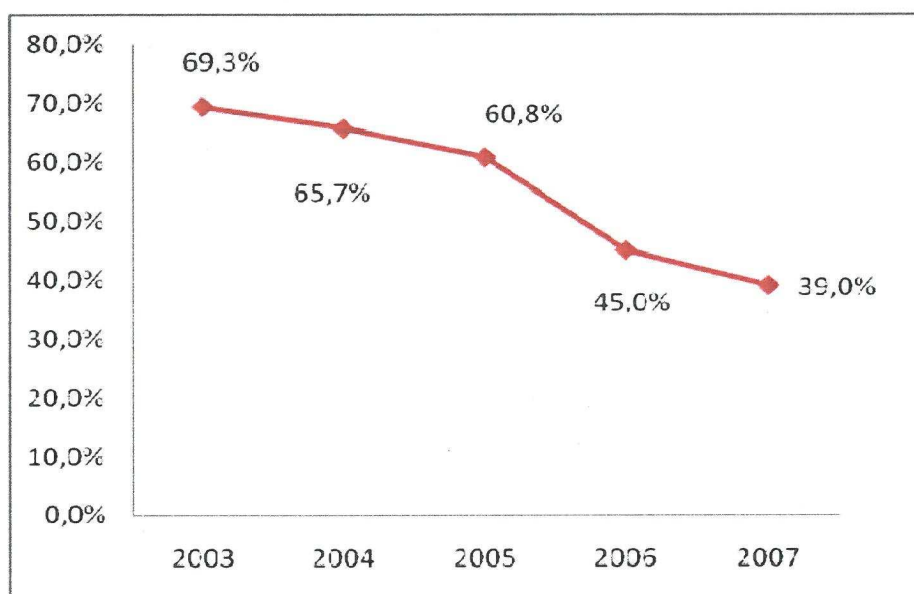
Nous voulions aussi savoir si les sages-femmes, qui donnaient des informations sur les avantages et les inconvénients de l'épisiotomie ou qui abordaient le sujet pendant le travail, étaient moins confrontées au refus de cette pratique par les patientes. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre ces populations (informations sur les avantages : $p = 0,21$; sur les inconvénients $p = 0,13$; pendant le travail $p = 0,44$).

TROISIEME PARTIE

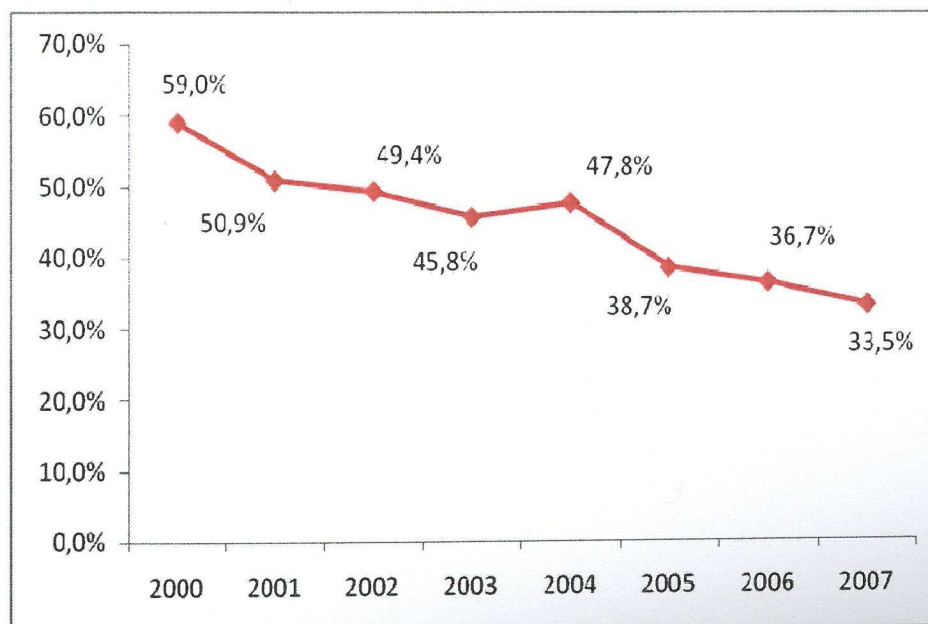
Nous pensons également intéressant d'apporter et de comparer quelques chiffres concernant les deux grandes maternités publiques de notre département, le centre hospitalier universitaire de Rouen et le centre hospitalier du Belvédère.

Nous avons donc recueilli certaines statistiques à propos du taux d'épisiotomies, mais aussi du taux de césariennes, d'extractions instrumentales, d'analgésies péridurales afin de s'assurer de l'absence de biais.

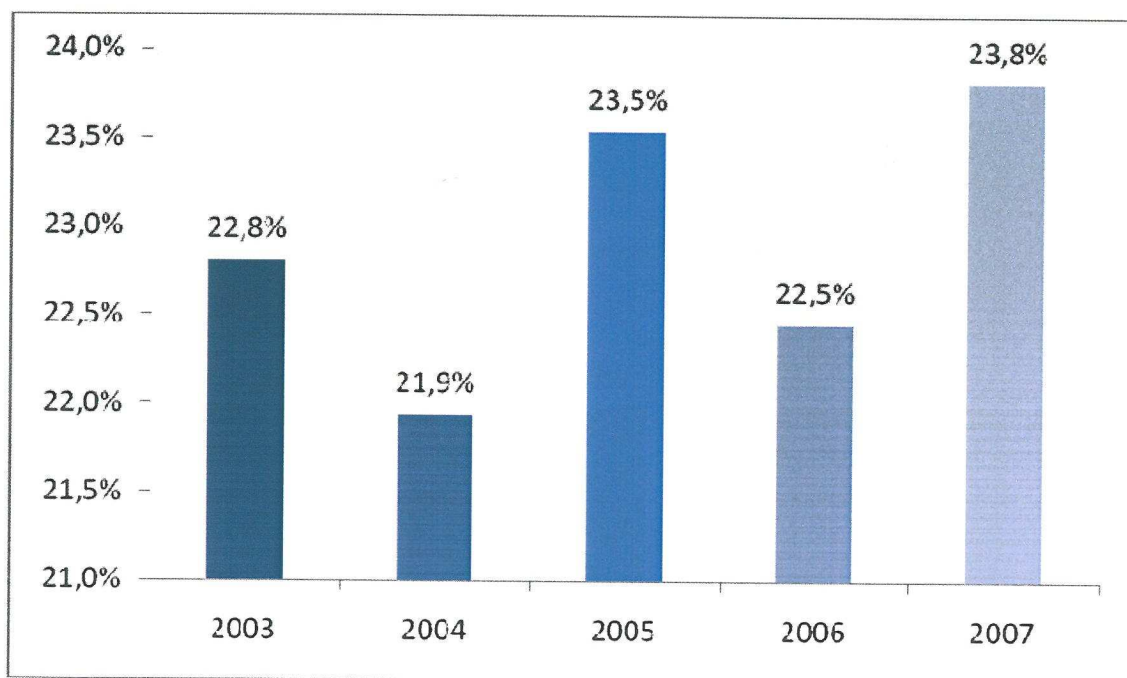
L'évolution du taux d'épisiotomies au CHU:



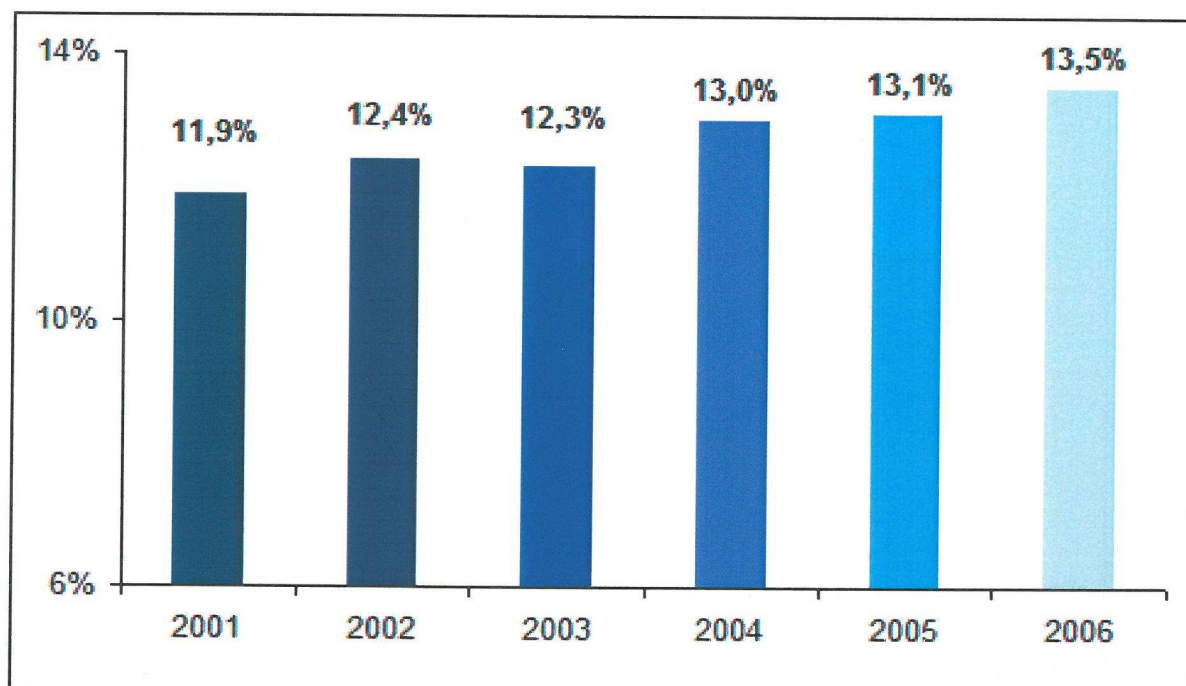
L'évolution du taux d'épisiotomies au CH du Belvédère :



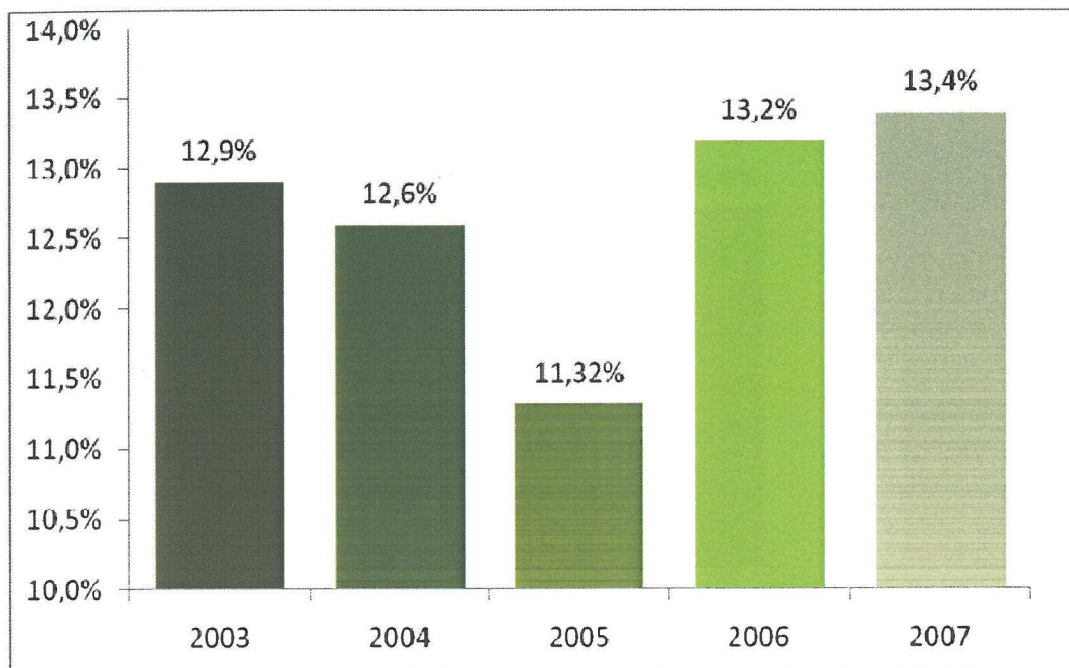
L'évolution du taux de césariennes au CHU :



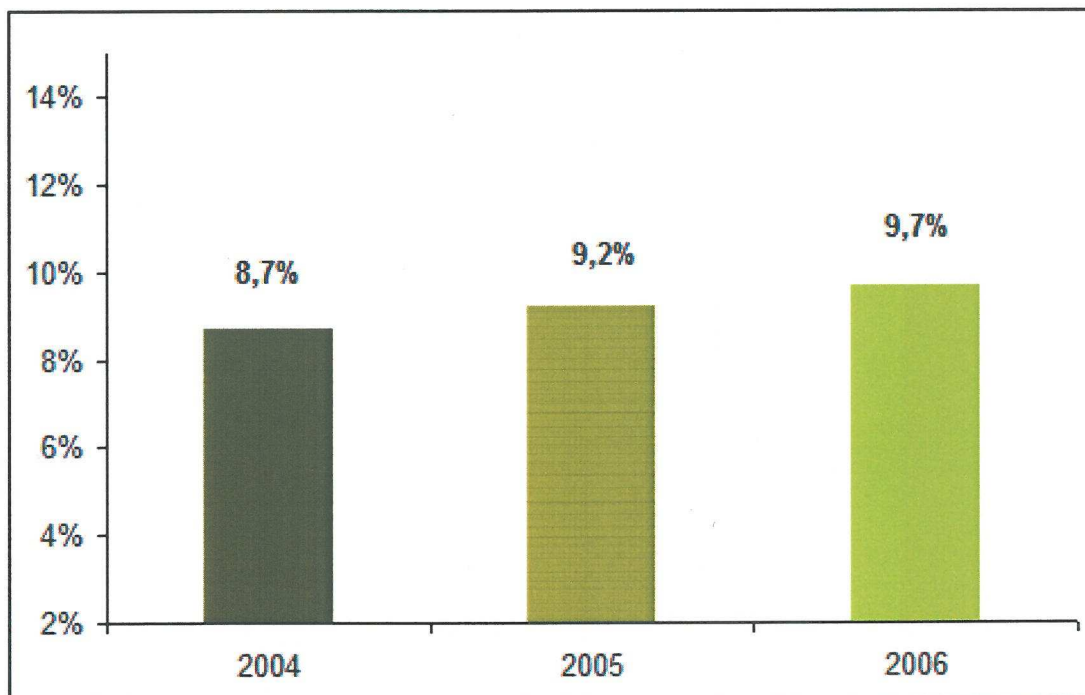
L'évolution du taux de césariennes au Belvédère :



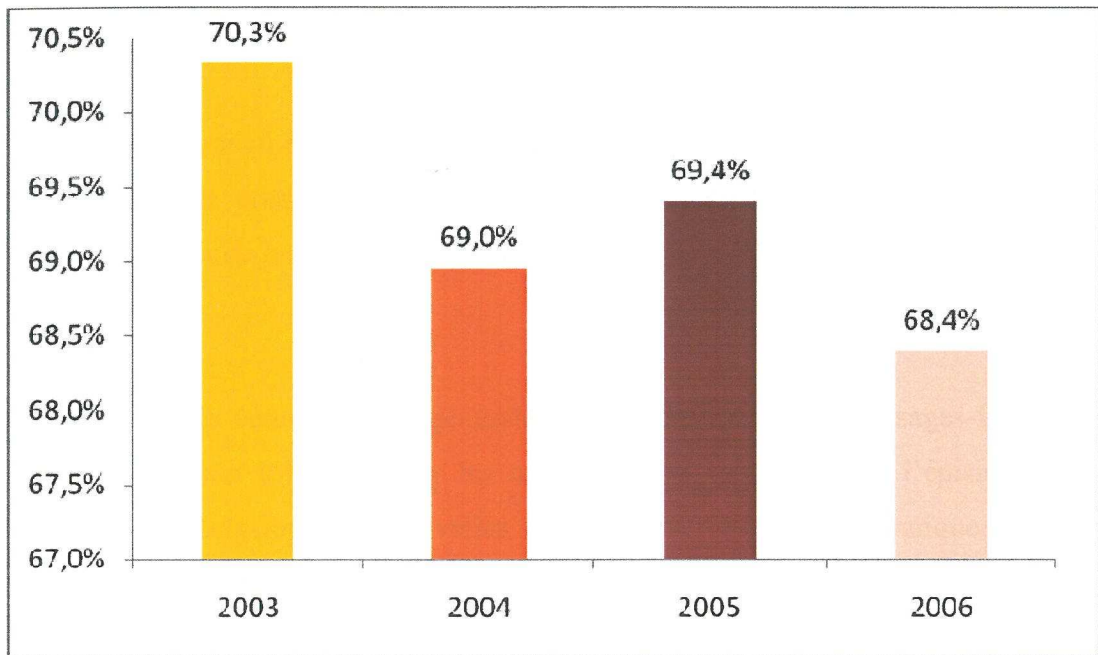
L'évolution du taux des extractions instrumentales au CHU :



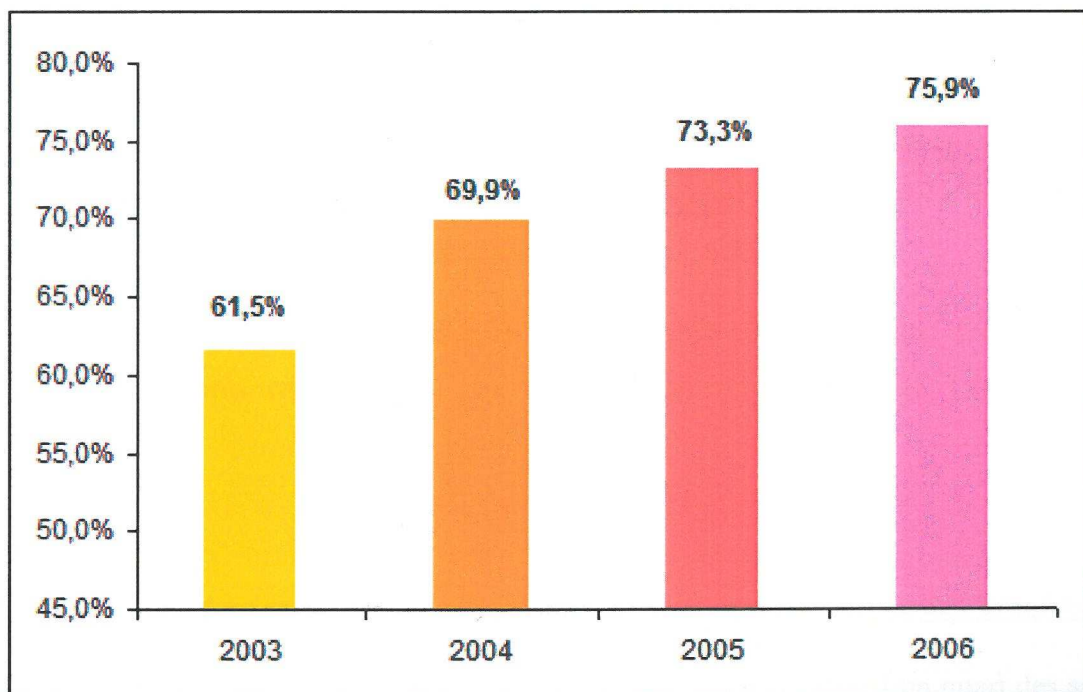
L'évolution du taux des extractions instrumentales au Belvédère :



L'évolution du taux de péridurales au CHU :



L'évolution du taux de péridurales au Belvédère :



3 - DISCUSSION

Le but de ce travail était de percevoir le regard des sages-femmes sur l'épisiotomie et sa place dans leur pratique courante. Il se proposait également d'évaluer les pratiques professionnelles de ce geste.

Concernant les connaissances générales, nous constatons que les sages-femmes sont relativement bien informées sur les connaissances théoriques de l'épisiotomie. Les principales conclusions des nouvelles recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ont donc été diffusées (8). Pourtant, seulement un peu plus de la moitié en ont entendu parler, et un quart les a lues. L'information circule, mais de la mise en pratique qu'en est-il ?

La population d'étude

Nous avons recueilli un nombre important de témoignages (n = 202) et la population de sages-femmes dans le département est de l'ordre de 320, ce qui représenterait 62% de participation. De plus, notre enquête repose sur dix maternités où tous les niveaux sont représentés, les différents secteurs public et privé, ainsi qu'un vaste niveau d'expérience car l'ancienneté des sages-femmes s'étend de trois mois à trente-six ans. Notre enquête nous permet donc d'avoir un bon aperçu de la réalité.

La répartition de la population entre les sexes ne nous permet pas d'exploiter des questions d'après ce paramètre, les hommes ne représentent que 1,5% de notre échantillon.

L'avis des sages-femmes concernant la pratique systématique de l'épisiotomie

Concernant le rôle protecteur de l'épisiotomie systématique, plus d'un quart des sages-femmes pensent qu'elle protège des déchirures du troisième et quatrième degré. Les études à ce sujet sont controversées (7, 25, 26), les taux de déchirures sévères ne sont pas significativement différents entre une politique libérale et une politique restrictive

de l'épisiotomie. Elle ne prévient donc pas des déchirures du troisième et quatrième degré (8).

Face à des situations particulières (un accouchement prématuré, une présentation en occipito-sacré, un périnée multi-cicatriciel...) la majorité des sages-femmes estiment qu'une épisiotomie systématique n'est pas justifiée. 14,4% jugent qu'en aucun cas elle ne doit être systématique. Ce geste est en effet basé sur l'appréciation clinique du praticien et se décide lorsque le périnée est amplifié.

D'après les RPC, la seule indication systématique de l'épisiotomie est le périnée court, il se définit par une distance strictement inférieure à 3 centimètres entre le bord inférieur de la fourchette vulvaire et le centre de l'anus (8). Par ailleurs, l'épisiotomie est encore classique en cas de présentation du siège, de la face, de présentation postérieure, de la suspicion de macrosomie.

Des sages-femmes ont affirmé lors de notre enquête que pour elles, l'épisiotomie était plus une indication fœtale que maternelle car elle permettait de diminuer la durée de l'expulsion lors des rythmes fœtaux critiques. Le manque d'études dans la littérature ne permet pas de conclure à ce sujet.

La prise en charge de la douleur de l'épisiotomie

Les résultats sur la pratique de l'anesthésie en vue de la réalisation d'une épisiotomie sont très aléatoires. Cela souligne le manque d'accords professionnels et de protocoles (31).

Plus de la moitié des sages-femmes de notre étude ne pratiquent que rarement ou jamais d'anesthésie lorsque la parturiente n'a pas de péridurale ou que celle-ci ne fonctionne pas. Elle est pourtant vivement recommandée (8). Peu d'études font cas de la douleur lors de la réalisation de l'épisiotomie, mais il en ressort que ce geste est particulièrement douloureux. Cette sensation est trop souvent sous-estimée et mise à l'écart en comparaison à celle de l'accouchement lui-même.

L'anesthésie locale doit être réalisée dès lors que le praticien estime qu'il va devoir pratiquer une épisiotomie, dix à vingt millilitres de lidocaïne non adrénalinée doivent être injectés sur le trajet de l'épisiotomie, en vérifiant qu'il n'y ait pas de reflux sanguins (31).

L'anesthésie du bloc honteux peut être une bonne alternative à l'anesthésie locale. Elle semble plus efficace (31) et n'œdématise pas les tissus. Mais pour des raisons pratiques,

elle doit se faire avant que la présentation ne soit engagée à la partie moyenne du bassin. Cette technique ne peut donc s'envisager que dans les cas où le professionnel estime qu'une épisiotomie sera nécessaire, avant même de constater l'ampliation du périnée (périnée court par exemple) (49).

Elle consiste à anesthésier le nerf pudendal en s'aidant du repère de l'épine sciatique, soit par voie transpérinéale, soit par voie intravaginale (annexe III). Vingt millilitres de lidocaïne sont nécessaires. Il faut là aussi, au préalable, s'assurer par une aspiration de ne pas injecter le produit dans un vaisseau sanguin.

De plus, l'anesthésie du bloc pudendal peut s'envisager lors d'une extraction instrumentale, d'une délivrance artificielle ou d'une révision utérine (31).

Cependant l'analgésie péridurale est reconnue pour être la plus efficace concernant la douleur de l'épisiotomie autant pour sa réalisation que pour sa réfection.

Concernant la douleur lors de la réfection de l'épisiotomie, là encore il existe peu d'études mais sa prise en charge apparaît comme insuffisante. En effet, une d'elle a retrouvé que 50% des femmes n'avaient pas ressenti de douleur ou une douleur modérée, 30% une forte douleur et 20% une douleur intense pendant sa réparation (31).

Pour ce qui est de la méthode de réfection, le surjet fil unique est actuellement recommandé (8), cette méthode réduit la douleur, le risque de déhiscence et suscite une plus grande satisfaction chez les patientes dans le post partum comparé aux points séparés ; sous réserve d'une formation spécifique à cette technique (annexe IV).

Les sages-femmes de notre étude qui pratiquent le surjet fil unique exercent pour la plupart au centre hospitalier du Belvédère. Elles ont été formées à cette technique de suture. Par ailleurs plus de la moitié des personnes interrogées considère que cette méthode est la plus confortable pour les femmes, mais seulement un quart l'utilise. Les RPC préconisent en effet de mettre en place une formation théorique et pratique de l'épisiotomie afin d'améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs. Cet enseignement pourrait se faire par simulation sur ordinateur et sur mannequin.

La douleur de l'épisiotomie dans le post partum est également sous-estimée. Une très large majorité des sages-femmes la prend en charge de façon systématique, certaines utilisent l'échelle visuelle analogique. Là aussi peu de protocoles ont été établis et les seuls existants sont peu connus. Celui du centre hospitalier universitaire de Rouen spécifie que cette prise en charge doit être systématique pendant cinq jours.

L'évaluation des pratiques professionnelles

✓ Les taux d'épisiotomies

60,6% des sages-femmes estiment réaliser moins de 30% d'épisiotomies, ce qui correspond aux recommandations de l'HAS (48), cependant 13% évaluent leur taux à plus de 40%.

Nous comprenons alors que, dans notre étude, la plupart sous-estiment le taux d'épisiotomies en France, il était de 68,1% pour les primipares et de 31,8% pour les multipares en 2003 (17). Mais, localement ces pourcentages ont nettement diminué depuis la parution des recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en novembre 2005. De plus, près d'un tiers de celles qui déclarent faire moins d'épisiotomies qu'en début de carrière, l'attribue aux RPC.

Les deux grandes maternités publiques de la région ont eu des politiques de service différentes en matière de taux d'épisiotomies, mais une réelle volonté s'est fait ressentir pour diminuer ce chiffre dans chacune. En effet nous avons pu constater une baisse considérable de ce taux depuis 2000 au Belvédère, tandis que cette diminution est apparue d'une façon plus franche en 2006 au CHU.

Dans le premier établissement, des réunions mensuelles sont organisées où le suivi des statistiques des services est présenté et discuté, les nouveaux courants et arguments scientifiques sont abordés. Cette baisse du taux d'épisiotomies semble être le résultat d'une politique de service.

Dans le second établissement, la diminution du taux d'épisiotomies concorde avec la parution des nouvelles recommandations pour la pratique clinique. Elle est plus tardive mais plus rapide car les taux d'épisiotomies des deux établissements sont actuellement proches. Là aussi, c'est principalement à l'occasion des staffs quotidiens du bloc obstétrical que les informations circulent et que les chefs de service annoncent leurs nouvelles politiques.

Les résultats des taux de déchirures n'ont pas pu être récupérés au centre hospitalier du Belvédère car les dossiers sont informatisés depuis 2005 et ces taux n'apparaissent pas avant. Aucune cinétique n'était réalisable. De plus, ils incluent les éraillures, la comparaison était donc impossible.

Au CHU, parallèlement à cette chute du taux d'épisiotomies qui a presque été diminué par deux (69,3% → 39%), nous observons une augmentation du taux des déchirures simples (premier et deuxième degré), il est passé de 7,8% à 14,5% (annexe V). Mais

cette évolution a permis également de doubler le taux de périnées intacts, il est passé de 22,7% à 46,3% (les taux de césariennes, d'analgésies péridurales et d'extractions instrumentales étant restés relativement stables).

L'analgésie péridurale augmente le recours à l'épisiotomie, probablement du fait de l'augmentation des extractions instrumentales (30). Mais au Belvédère, malgré la hausse du taux de péridurales, le taux d'épisiotomies diminue et celui des extractions instrumentales est stable. L'utilisation de ventouses est associée à un moindre recours à l'épisiotomie que les forceps (8), elle a été introduit au CHU en 2004, cela pourrait également avoir eu un impact sur cette diminution. En 2007, 48% des extractions instrumentales étaient réalisées à l'aide de ventouses, et 39% en 2006.

✓ Les moyens pour les sages-femmes de réduire le taux d'épisiotomies

Les résultats de l'enquête prouvent que les sages-femmes sont assez bien renseignées quant aux principaux points abordés par les RPC, aussi elles souhaitent améliorer leurs pratiques.

Pour réduire le taux d'épisiotomies un programme d'amélioration continue de la qualité des soins englobant des formations, des audits, la présence d'un leader et une rétro information par professionnel de son taux d'épisiotomies a déjà fait ses preuves (9).

Nous retrouvons très peu de différences significatives entre les sages-femmes qui ont lu ou ont eu connaissance des RPC et les autres, pour ce qui concerne les connaissances générales mais également leur pratique de l'épisiotomie. L'information des professionnels semble donc satisfaisante. Mais dans les secteurs de soins, certains points sont encore à améliorer, notamment quant à l'information des femmes, et à la prise en charge de la douleur lors de la réalisation de l'épisiotomie.

La littérature ne peut conclure au sujet des interventions préventives anténatales telles que le massage périnéal, la rééducation périnéale et la préparation à la naissance.

Cependant, en per partum, le massage périnéal ne permet ni de diminuer le recours à l'épisiotomie ni les déchirures périnéales.

Un suivi personnalisé des femmes, c'est à dire par une seule personne ou un nombre limité d'intervenants, pendant la grossesse et l'accouchement permettrait de diminuer le recours aux épisiotomies.

Les positions d'accouchement latérales et verticales diminuent par contre les épisiotomies de façon significative (3,9), mais elles majorent les pertes sanguines. Cette

mesure a été incluse dans notre enquête, les sages-femmes reconnaissent la position dite « à l'anglaise » comme la plus favorable pour le périnée. C'est en position gynécologique qu'elles observent le plus d'épisiotomies et c'est pourtant la plus utilisée. Très peu de sages-femmes se servent des positions accroupies, à quatre-pattes ; elles sont mal connues.

Le type de poussée et celui de retenue de la tête fœtale lors du dégagement ne peuvent être conseillés étant donné le manque d'études.

Les RPC concluent à ce sujet « il convient de laisser la femme suivre ses besoins instinctifs tout en l'accompagnant et en la soutenant tout au long du travail, en étant le moins interventionniste possible » (8).

✓ Les différentes pratiques professionnelles

Plus les sages-femmes ont de l'ancienneté, moins elles réalisent d'épisiotomies et ce de façon significative.

Un autre paramètre intervient dans cette diminution : avoir vécu un accouchement. Un tiers de celles qui sont mères réalisent moins d'épisiotomies qu'avant. Nous pouvons nous interroger sur ces réponses. L'épisiotomie est pourtant un geste chirurgical qui se doit d'être une nécessité, basé sur l'appréciation clinique du praticien, guidé également par son expérience professionnelle.

Une personne a mentionné que c'est sa technique de réfection qui avait changé suite à cette expérience.

Les sages-femmes souhaitent améliorer leur pratique concernant l'épisiotomie. D'ailleurs plus elles sont jeunes dans la profession plus elles veulent diminuer leur taux d'épisiotomies. Et, les sages-femmes qui ont le plus d'ancienneté, ont moins de motivation quant à améliorer leurs pratiques car elles ne souhaitent ni participer à des audits, ni connaître leur taux réel d'épisiotomies.

Celles qui ne souhaitent pas connaître leur réel taux de pratique semble réaliser plus d'épisiotomies.

En confrontant les résultats des témoignages des sages-femmes des établissements privés et publics, nous constatons que celles du public ont davantage entendu parler des RPC que celles du privé ($p = 0,02$). De plus les sages-femmes exerçant dans le privé sont moins désireuses d'améliorer leurs pratiques. Pourtant ces pratiques ne semblent

pas différer selon le secteur.

Ces distinctions peuvent s'expliquer par le fait que les établissements publics participent davantage à la formation des professionnels de santé. Les médecins sont hospitalo-universitaires, chercheurs, ils enseignent, forment et informent les étudiants. Ils véhiculent les nouvelles recommandations.

Plus de la moitié des sages-femmes ne veulent pas justifier l'indication de leurs épisiotomies sur le partogramme. Pour elles, seul le praticien est juge de sa décision quant à la réalisation d'une épisiotomie, c'est lui qui apprécie l'ampliation du périnée, les conditions locales. Mais, justifier de ses actes n'implique pas de les remettre en cause. Par ailleurs, quasiment toutes les sages-femmes accepteraient de spécifier la technique de réfection. Le partogramme est pourtant un outil décisionnel, il est aussi médico-légal et l'épisiotomie est un acte chirurgical, de surcroît non anodin pour la patiente, même s'il est banal pour le professionnel. Ce geste se décide dans la plupart des cas juste avant sa réalisation. Mais beaucoup de femmes ne reçoivent pas d'information à ce sujet, il est donc réalisé sans consentement éclairé. Nous devons pourtant informer, expliquer et justifier nos actes devant nos patients, cela fait également parti de l'éthique professionnelle.

La société évolue, les usagers du système de santé revendiquent activement leurs droits, nous devons d'autant plus nous adapter. Les informations délivrées aux patients et inscrites dans les dossiers peuvent être alors un avantage pour notre activité quotidienne. Il va de notre devoir, et, dans notre intérêt d'informer et de justifier nos pratiques avec les moyens dont nous disposons.

L'information délivrée aux patients

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a instauré un cadre législatif concernant l'information délivrée aux patients (39). Les professionnels de santé ont donc l'obligation de les informer, obligation également présente dans le code de déontologie des sages-femmes (38).

Moins de 60% des sages-femmes interrogées avisent les patientes des avantages et des inconvénients de l'épisiotomie alors que les femmes, et les usagers du système de soins en général, sont de plus en plus demandeurs d'informations quant aux conséquences des actes et des soins qu'ils vont recevoir. C'est pour cette raison que la Haute Autorité de Santé a demandé à tous les professionnels de santé de faire des efforts sur ce point (48).

De plus une information claire, donnée dans le calme, permet d'instaurer une relation de confiance, le patient peut être rassuré et prendre alors une décision appropriée. Si cette relation est établie, le patient se fie en général à l'avis du professionnel de santé.

En maternité, l'information est en défaut. Les femmes enceintes ne suivent pas toutes une préparation psychoprophylactique obstétricale où la parole est essentielle et, d'après notre étude, l'information est très peu délivrée en consultation. Elle doit pourtant faire désormais partie intégrante de ce temps d'échange. La consultation du neuvième mois définit entre autres le pronostic d'accouchement ; le sujet devrait donc être abordé.

Une bonne aide aux professionnels pourrait être une plaquette d'information générale, qui serait distribuée aux femmes enceintes, sur la grossesse et l'accouchement avec une partie consacrée à l'épisiotomie, expliquant son rôle et sa réalisation. Cela susciterait éventuellement des questions de la part des femmes si l'information donnée leur semblait insuffisante.

Près de trois quart des sages-femmes abordent le sujet de l'épisiotomie pendant le travail, mais seulement 16% le font de façon systématique. De nombreuses femmes ne reçoivent donc aucune information de l'équipe médicale.

De plus les réponses obtenues ne sont pas toujours cohérentes ; dans les cas où les sages-femmes estiment qu'il faut réaliser une épisiotomie de façon systématique, elles n'avertissent pas forcément la patiente. Par exemple : 55% estiment qu'il faut réaliser une épisiotomie face à un périnée court mais, parmi, elles seulement 25,8% abordent le sujet pendant le travail. De même, pour la suspicion de macrosomie 37,6% jugent qu'il faut réaliser une épisiotomie et 44,4% d'entre elles en parlent. Même face à des situations à risque les sages-femmes délivrent peu l'information.

Concernant le moment du travail où le sujet de l'épisiotomie est abordé, c'est pour la plupart en fin de travail. La femme est pourtant moins disponible, moins réceptive à l'information qui perd alors de sa pertinence.

Les sages-femmes, pour 38,7% d'entre elles, ont été confrontées au refus d'une patiente concernant l'épisiotomie. Nous pouvons nous interroger sur l'information qu'avaient reçue ces femmes en amont. Paradoxalement, nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur ce sujet, entre les sages-femmes qui donnent des informations ou qui abordent le sujet pendant le travail, et celles qui n'en donnent pas. Mais nous pouvons émettre l'hypothèse que les refus ont eu lieu avant que l'information n'ait été donnée, et qu'après des explications claires et pertinentes les patientes laissent cette décision à l'appréciation clinique de la sage-femme.

Les associations d'usagers ne cessent de se développer et sont à ce propos assez revendicatives (50). Les sites internet, les médias et revues adressées au grand public donnent place à de nombreux témoignages contre l'épisiotomie, en donnant rarement la parole aux professionnels qui pourraient rétablir certaines vérités médicales. Nous constatons alors un manque d'information, mais aussi, et surtout, une « mésinformation ».

Certaines femmes et certains couples souhaitent aujourd'hui s'investir dans leur accouchement, être actifs, réaliser un projet d'accouchement. Mais pour la plupart ils ne connaissent et ne comprennent pas la médicalisation nécessaire à la naissance. Ils l'acceptent souvent quand l'explication démontre que la prise en charge est adaptée et raisonnée. Cependant il faut savoir aussi respecter le choix des patientes lorsqu'il est délibéré et éclairé.

CONCLUSION

Le regard porté sur l'épisiotomie a évolué en trente ans, elle est passée d'une politique quasi systématique à une politique restrictive. Les sages-femmes sont les principaux témoins de cette évolution, ainsi que les acteurs fondamentaux dans la mise en œuvre des nouvelles recommandations.

Comme le montre cette étude, l'information circule, mais cela ne suffit pas à changer les pratiques professionnelles. Une volonté politique est nécessaire afin d'améliorer ces pratiques. Ainsi ont été proposés des audits, des formations, la mise en place d'un leader dans les équipes obstétricales, une rétro information du taux d'épisiotomies pour chaque professionnel, dont le but premier est de diminuer ce taux. De plus, il pourrait être un indicateur de qualité utilisé dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que pour l'accréditation.

Nos résultats ont également mis en avant le manque d'informations délivrées aux patientes. Les femmes devraient être informées du risque d'épisiotomies et d'autres complications liées aux différentes pratiques obstétricales afin de participer de façon active à leur accouchement. Cela nous a amené à suggérer la réalisation d'une plaquette d'information sur l'épisiotomie à l'attention des femmes enceintes qui pourrait être intégrée avec le déroulement de la grossesse, de l'accouchement pour mieux étayer le dialogue toujours constructif entre la patiente et la sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages:

1. DUTRUGE A. - Rites initiatiques et pratiques médicales dans la société française contemporaine – Paris - l'Harmattan – 1994 - Anthropologie, connaissance des hommes – 235 pages
2. KAMINA P. – Anatomie gynécologique et obstétricale – Paris – Maloine – 1984 – 485 pages
3. LE GRET N - Périnée et maternité : anatomie, prévention, rééducation – Paris - ELPEA- 1999 – 224 pages
4. MERGER R; LEVY J; MELCHIOR J. - Précis d'obstétrique - Paris – 6^{ème} édition - Masson - 2003 – 597 pages

Articles:

5. ABOU-MALHAM S. – L'incontinence urinaire du post partum, prévalence et facteurs de risques : revues de la littérature.- « les dossiers de l'obstétrique » – 2007 - n°356
6. ANTHONY S, BUITENDIJK SE – Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations – « British Journal of Obstetric and Gynecology » – 1994 – 101 : 1064-7
7. CESBRON P. – Deux ou trois choses que nous savons sur l'épisiotomie « Les dossiers de l'obstétrique » – 1997 – n°255 – pages 49 à 51

8. COLLEGE NATIONAL DE GYNECOLOGIE ET DE L'OBSTETRIQUE –
Recommandations pour la pratique clinique « Journal de gynécologie
obstétrique et biologie de la reproduction » – 2006 – vol 35
9. FARUEL-FOSSE H - Existe-il un juste milieu? Réflexion à propos de
l'épisiotomie « la revue sage-femme » – 2006 – volume 5 n°2 - page 53
10. GOGNIA Loos F.- Episiotomie de routine, une pratique sans fondements! « Les
dossiers de l'obstétrique » – 2003 - n°322 - pages 8 à 11
11. GOLDBERG J., HYSLOP T. – Racial differences in severe perineal laceration
after vaginal delivery – “American Journal of Obstetrics and Gynecology” –
2003 – 188(4) : 1063-7
12. HAMMANI F. – Episiotomie « Les dossiers de l'obstétrique » – 2001 - n°295 -
page 19
13. HELWING JT, THORP JM – Does episiotomy increase the risk of third and
fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries? – “Obstetrics and
Gynecology” – 1993 – 82(2) : 276-9
14. HOWARD D, DAVIES PS, DELANCEY JO, SMALL Y - Differences in
perineal lacerations in black and white primiparas. - Department of Obstetrics
and Gynecology and the School of Nursing, University of Michigan Health
System, Ann Arbor, Michigan- “Obstetric Gynecology” -2000 Oct;96(4):622-4-
48109-0276, USA. PMID: 11004370
15. KETTLE C, HILLS RK, JONES P, DARBY L, GRAY R, JOHANSON R.-
Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed
sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial -
Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, Women and Children's
Division, City General Site, Stoke on Trent ST4 6QG, UK – “Lancet” 2002
Nov23; 360(9346):1694. 29; 359(9325):2217-23.

16. LABRECQUE M, BAILLARGEON L, DALLAIRE M, TREMBLAY A, PINAULT JJ, GINGRAS S.- Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women "CMAJ" - 1997 Mar 15;156(6):797-802 - PMID: 9084384
17. LAM KW, WONG HS, PUN TC - The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong "Hong Kong Med Journal" – 2006 Apr;12(2):94-8 - PMID: 16603774
18. LANGER B, MINETTI A - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - 2006 – n°35 - 1S59 -1S67.
19. LEMETAYER-DARTOIS MF.- La suture de l'épisiotomie médio-latérale droite « Les dossiers de l'obstétrique » – 2003 - n°322 - pages 13 à 15
20. MAILLET R. - L'épisiotomie remise en causes – « Assises des sages-femmes - Strasbourg » – 2006
21. MAMELLE N; VENDITELLI F; RIVIERE O.- La santé périnatale en 2002-2003. L'observation des pratiques médicales. Résultats du réseau sentinelle Audipog « Gynécologie Obstétrique Fertilité » – 2004 - vol 32 – pages 1 à 22
22. MIGNOT S. - La fin de l'épisiotomie? « Profession sage-femme » – 2006 - n°123 - page 4 à 7
23. NASIR A, KOREJO R, NOORANI KJ. - Child birth in squatting position "Journal Pak Med Assoc"- 2007 Jan; 57(1):19-22. PMID: 17319414
24. PACIORNIK M. - Des arguments contre l'épisiotomie et pour la position accroupie pendant l'accouchement « Les dossiers de l'obstétrique » - 1993- n°203

25. PARANT O, REME JM; MONROZIES X. – Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie « Encyclopédie médicale chirurgicale » – (Elsevier Paris) – Obstétrique – 5-078-A-10 - 1999 – 9 pages
26. STEFFEN G.- L'épisiotomie prophylactique dite de routine est-elle justifiée? « Les dossiers de l'obstétrique » - 1991-n°181
27. TINCELLO DG, WILLIAMS A, FOWLER GE, ADAMS EJ, RICHMOND DH, ALFIREVIC Z - Differences in episiotomy technique between midwives and doctors “BJOG”. 2003 Dec; 110(12):1041-4 PMID: 14664873.
28. TOAN N. - L'épisiotomie « Les dossiers de l'obstétrique » – 1997 - n°251
29. TOAN N.- Deux ou trois choses que nous croyons savoir sur l'épisiotomie « Les dossiers de l'obstétrique »– 1998 - n°25 – pages 39-40
30. VENDITTELLI F, GALLOT D – Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie? « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » – 2006 – n°35 (suppl.au n°1) : 1S12-1S23 - PMID: 16495823
31. VERSPYCK.E, SENTHILES.L, ROMAN.H, SREGENT.F, MARPEAU.L – Techniques chirurgicales de l'épisiotomie « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » – 2006 – n°35 (suppl.au n°1) : 1S40-1S51
32. WILLIAMS MK, CHAMES MC.- Risk factors for the breakdown of perineal laceration repair after vaginal delivery “American Journal Obstetric Gynecology” - 2006 Sep;195(3):755-9 - PMID: 16949409

Mémoires :

33. FOUQUIER S. – Déchirures périnéales complètes et/ou compliquées : facteurs de risques et conséquences – Ecole de sages-femmes - Rouen – 1998
34. LEGAY B. – De la mère à la femme – Ecole des cadres des sages-femmes – Dijon – 1989
35. RITEAU A.S. - Le périnée féminin de la superficie à la profondeur – mémoire – Nantes – 2003
36. ROBERT F. – Périnée complet ou complet compliqué : où est la faute ? – Ecole de sages-femmes – Rouen – 2006
37. TELLIER C. - La douleur de l'épisiotomie et sa prise en charge dans le post partum - Ecole de sages-femmes - Rouen – 2001

Textes réglementaires :

38. Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant du code de déontologie des sages-femmes
39. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Sites internet :

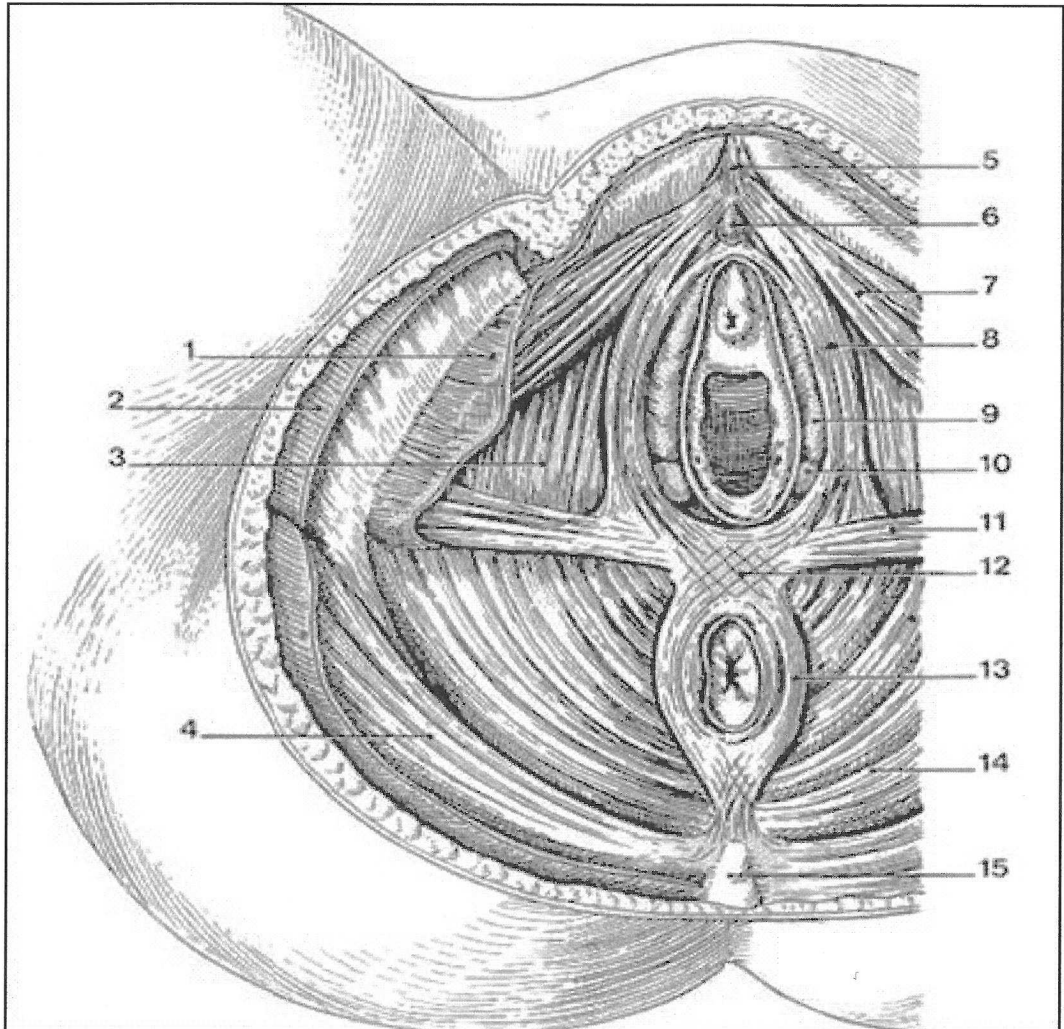
40. <http://www.chu-rouen.fr/cismef>
41. <http://fraternet.org/naissance>
42. <http://www.pubmed.gov>
43. <http://cnogf.asso.fr>
44. www.legifrance.gouv.fr

45. www.AIMS
46. [www. Afar.info](http://www.Afar.info)
47. www.irso.ca/newsroom*
48. www.has-sante.fr/
49. www.who.int
50. www.episiotomie.info

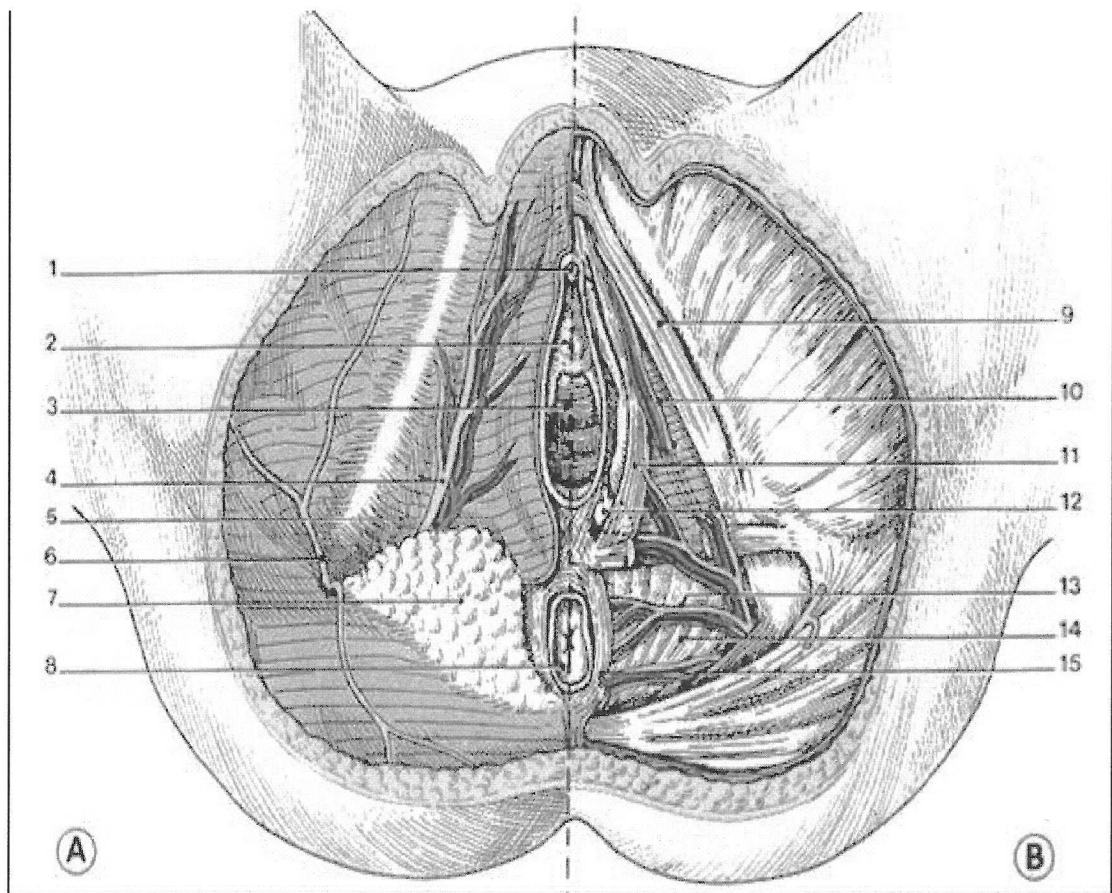
ANNEXE I

L'anatomie du périnée

Les muscles du périnée féminin, d'après Kamina P. (2)



- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1- fascia superficiel du périnée | 8- muscle bulbo-caverneux |
| 2- fascia lata | 9- bulbe vestibulaire |
| 3- fascia inférieur du diaphragme uro-génital | 10- glande vestibulaire majeure |
| 4- muscle grand fessier | 11- muscle transverse superficiel |
| 5- ligament suspenseur du clitoris | 12- centre tendineux du périnée |
| 6- clitoris | 13- sphincter externe de l'an |
| 7- muscle ischio-caverneux | 14- muscle élévateur de l'an |
| | 15- coccyx |



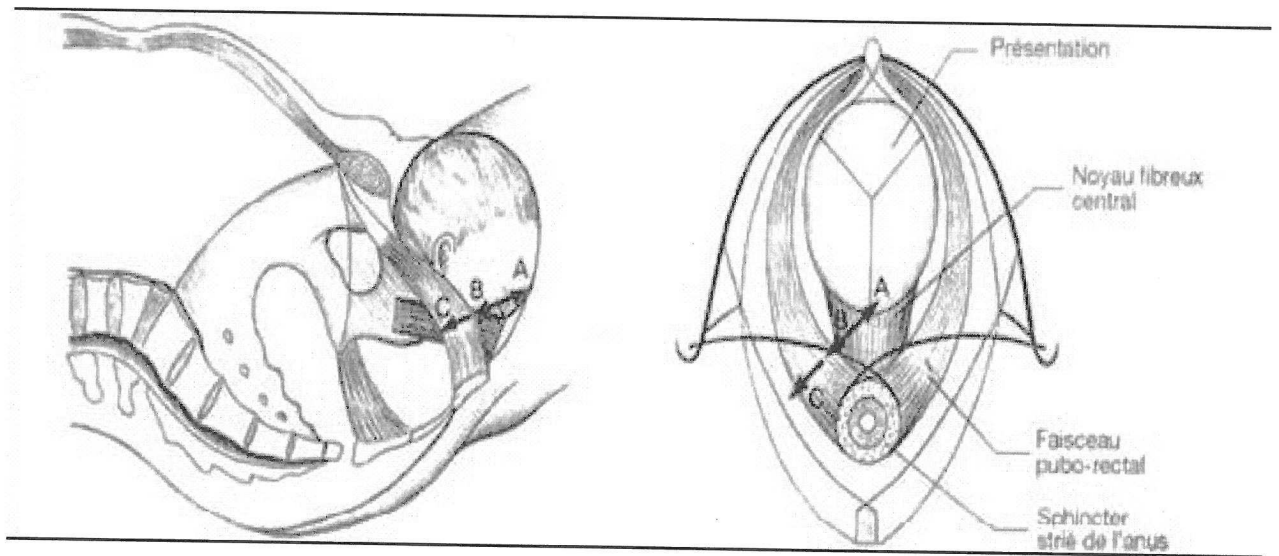
A- région sous-cutanée

- 1- clitoris
- 2- méat urinaire
- 3- vagin
- 4- a, v, n périnéaux superficiels
- 5- fascia superficiel du périnée
- 6- rameau périnéal du nerf cutané postérieur de la cuisse
- 7- tissu adipeux
- 8- anus

B- plan superficiel du périnée

- 9- muscle ischio-caverneux
- 10- nerf bulbo-urétral
- 11- muscle bulbo-caverneux
- 12- glande vestibulaire majeure
- 13- nerf rectal inférieur
- 14- muscle élévateur de l'anus
- 15- muscle sphincter externe de l'anus

Le périnée pendant l'accouchement, d'après Kamina P. (2)



ANNEXE II

Questionnaire sur la pratique de l'épisiotomie

Etudiante sage-femme en dernière année d'études, mon mémoire porte sur la place de l'épisiotomie dans la pratique des sages-femmes.

Je réalise dans ce cadre un questionnaire composé de quatre parties, la première vous concerne, les trois suivantes portent sur les connaissances générales, l'information délivrée aux patientes, et la pratique clinique ainsi que son évaluation.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci d'avance pour votre intérêt et du temps que vous m'accorderez.

Vous

1. Vous êtes :

- une femme un homme

2. Dans quel établissement travaillez-vous ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire, Rouen | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier de Dieppe |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier du Belvédère, Mont Saint-Aignan | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, Lillebonne |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, Flaubert, Le Havre | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, Elbeuf |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, Monod, Le Havre | <input type="checkbox"/> Clinique Mathilde, Rouen |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, Fécamp | <input type="checkbox"/> Clinique du Petit Colmoulin, Harfleur |

3. Depuis combien d'années exercez-vous la profession de sage-femme ? _ _ _ _

Connaissances générales

4. Selon vous, quel est le taux d'épisiotomies pratiquées en France:

-chez les primipares ?

- 30%
 40%
 50%
 60%
 70%
 80%

-chez les multipares ?

- 10%
 20%
 30%
 40%
 50%
 60%

5. Pensez-vous que l'épisiotomie réalisée de façon systématique protège ?

-des déchirures du
3^{ème} et 4^{ème} degré ?

- oui
- non

-de l'incontinence
urinaire ?

- oui
- non

-du prolapsus ?

- oui
- non

6. Dans quels cas, pour vous, une épisiotomie doit être réalisée systématiquement?
(plusieurs réponses possibles)

- macrosomie
- présentation du siège
- accouchement prématuré
- présentation en occipito-sacré
- primiparité
- petite distance ano-vulvaire
- périnée tonique
- périnée multi-cicatriciel
- gémellaire
- aucune

7. Pensez-vous qu'une position soit plus favorable pour un accouchement sans épisiotomie ?

- position gynécologique
- accouchement à l'anglaise (sur le côté)
- position accroupie
- position quatre-pattes
- aucune
- autre : _ _ _

8. Quelle est la méthode de réfection de l'épisiotomie qui, selon vous, apporte un bénéfice à la patiente ?

- surjet fil unique
- points séparés
- autre: _ _ _

9. Quel traitement, selon vous, est le plus efficace pour soulager la douleur de l'épisiotomie dans le post partum ? (une seule réponse possible)

- anti-inflammatoire non stéroïdien
- anti-inflammatoire local
- antalgique
- poche de glace
- autre : _ _ _

10. Avez-vous entendu parler des recommandations pour la pratique clinique concernant l'épisiotomie parues en 2005 ?

- oui non

11. Les avez-vous lues ?

- oui non

Information auprès des patientes

12. Informez-vous les femmes:

- des avantages de l'épisiotomie ?

- oui
 non

- de ses inconvénients ?

- oui
 non

13. Dans quel cadre donnez-vous cette information ? (plusieurs réponses possibles)

- consultation de surveillance de grossesse
 préparation à la naissance
 salle de naissance

14. Pendant le travail, abordez-vous le sujet de l'épisiotomie ?

- oui non

15. Si vous l'abordez, c'est :

systématiquement

dans certains cas, précisez:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> macrosomie | <input type="checkbox"/> périnée tonique |
| <input type="checkbox"/> présentation du siège | <input type="checkbox"/> périnée multi-cicatriciel |
| <input type="checkbox"/> accouchement prématuré | <input type="checkbox"/> gémellaire |
| <input type="checkbox"/> présentation en occipito-sacré | <input type="checkbox"/> sur la demande de la patiente |
| <input type="checkbox"/> primiparité | <input type="checkbox"/> autre : ___ |
| <input type="checkbox"/> petite distance ano-vulvaire | |

16. Si vous l'abordez, c'est à quel moment ?

- début de travail fin de travail lors de l'acte

Pratique et évaluation

17. Avez-vous déjà été confronté(e) au refus d'une patiente concernant l'épisiotomie ?

- oui non

18. Pratiquez-vous une anesthésie locale pour réaliser une épisiotomie lorsque la patiente n'a pas de péridurale ou lorsque que celle-ci est inefficace?

- jamais souvent
 rarement systématiquement

Si c'est le cas,

- avec quel produit ? à quelle dose ? à quel moment ?

19. Classez les positions d'accouchement que vous utilisez dans votre pratique par ordre croissant (1 étant la position la plus courante):

- position gynécologique position accroupie
 accouchement à l'anglaise (sur le côté) position "quatre pattes"
 autre : ___

20. En fonction de la position, classez par ordre croissant celles où vous observez plus d'épisiotomies (1 étant celle où il y en a le plus) :

- position gynécologique position accroupie
 accouchement à l'anglaise (sur le côté) position "quatre pattes"
 autre : ___

21. Si vous êtes mère, votre expérience en tant que patiente a-t-elle modifié votre pratique concernant l'épisiotomie ?

- oui non

Si oui, dans quel sens ?

- plus d'épisiotomies moins d'épisiotomies

22. Comment suturez-vous?

- surjet fil unique les deux
 points séparés autres : ___

23. Vous intéressez-vous aux suites des épisiotomies que vous avez réalisées ?

- jamais
- souvent
- rarement
- systématiquement

24. Faites-vous des recommandations aux patientes quant à l'hygiène de l'épisiotomie ?

- oui
- non

25. Prenez-vous en charge la douleur des femmes ayant une épisiotomie ?

- systématiquement
- selon le protocole
- selon l'échelle analogique visuelle
- jamais

26. Réalisez-vous moins d'épisiotomies qu'en début de carrière ?

- oui
- non

Si oui, pourquoi? (plusieurs réponses possibles)

- plus d'expérience
- du fait des recommandations pour la pratique clinique
- du fait des protocoles de service

27. À quel taux estimez-vous votre pratique de l'épisiotomie ?

- de 0 à 10%
- de 11 à 20%
- de 21 à 30%
- de 31 à 40%
- de 41 à 50%
- de 51 à 60%
- de 61 à 70%
- de 71 à 80%
- de 81 à 90%
- de 91 à 100%
- ne sait pas

28. Souhaiteriez-vous réaliser moins d'épisiotomie ?

- oui
- non

29. Accepteriez-vous de participer à des audits de pratique sur l'épisiotomie ?

- oui
- non

30. Dans le cadre de ces audits, vous intéresserait-il de connaître votre propre taux d'épisiotomies?

oui

non

31. Dans ce même cadre, concernant l'épisiotomie, pensez-vous que sur le partogramme:

- l'indication doit être argumentée ?

oui

non

- la technique de réfection spécifiée ?

oui

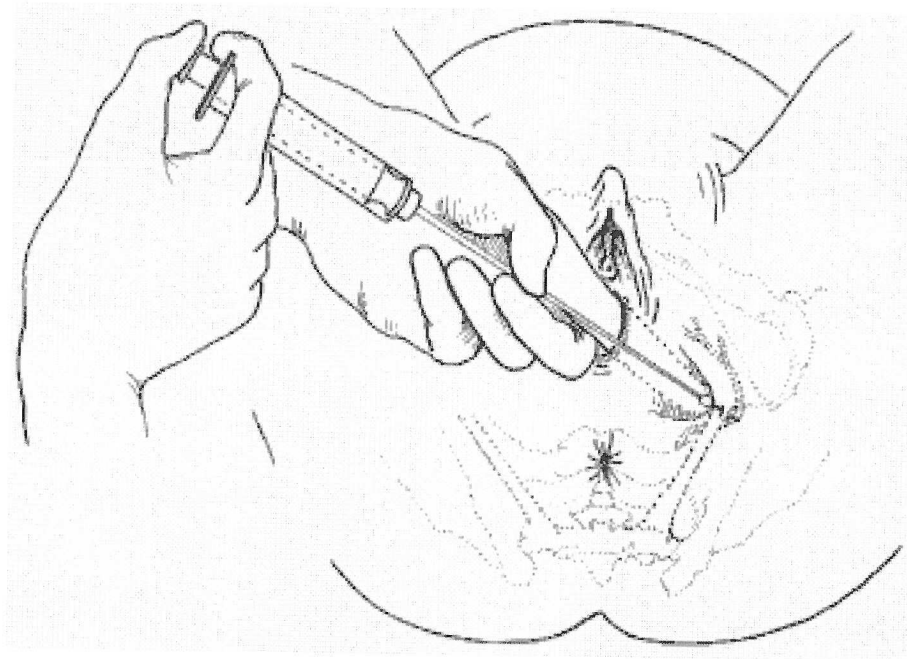
non

Je vous remercie pour votre participation.

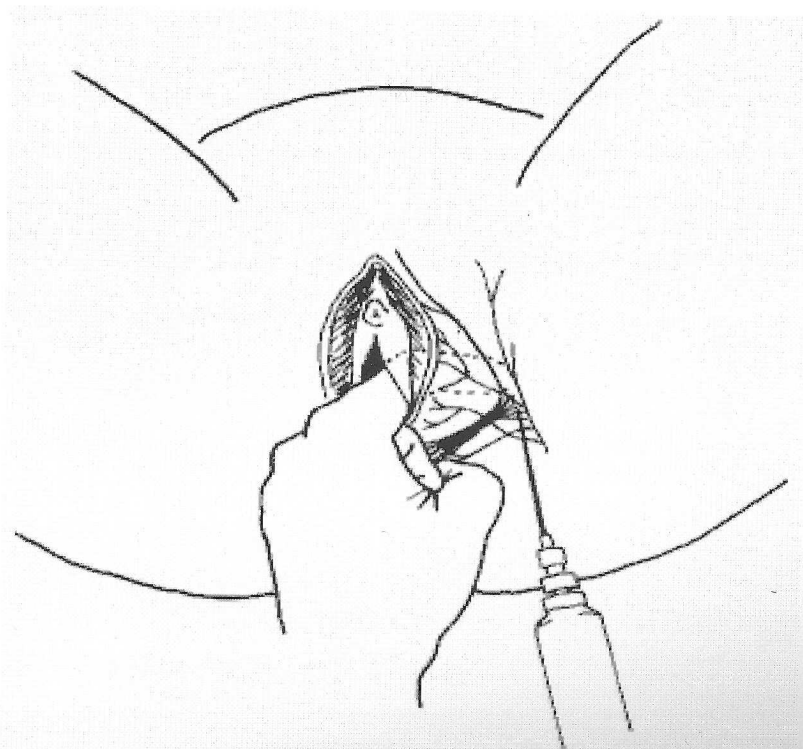
ANNEXE III

L'anesthésie du bloc honteux

Voie intravaginale



Voie transpérinéale



ANNEXE IV

Le surjet fil unique

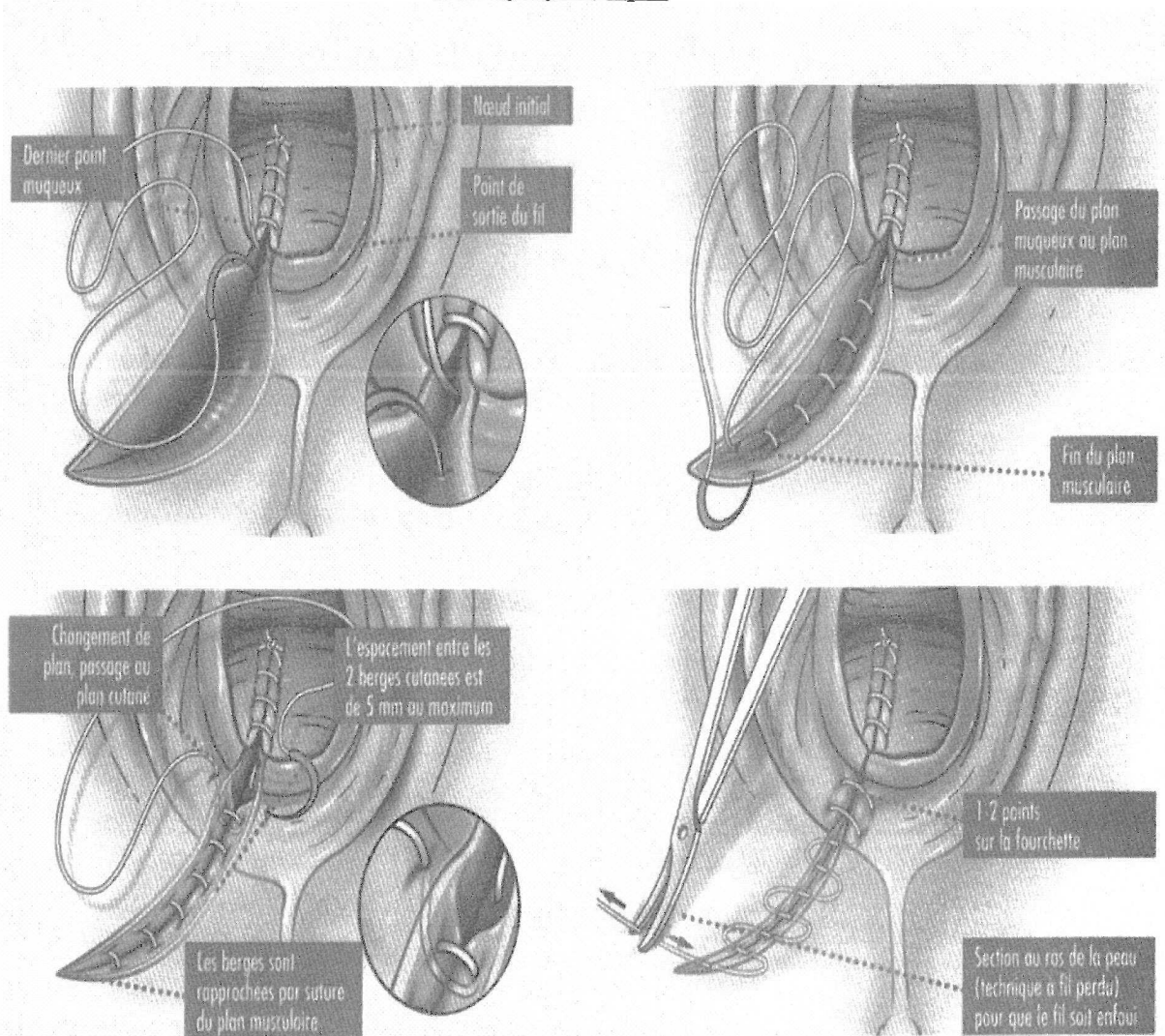
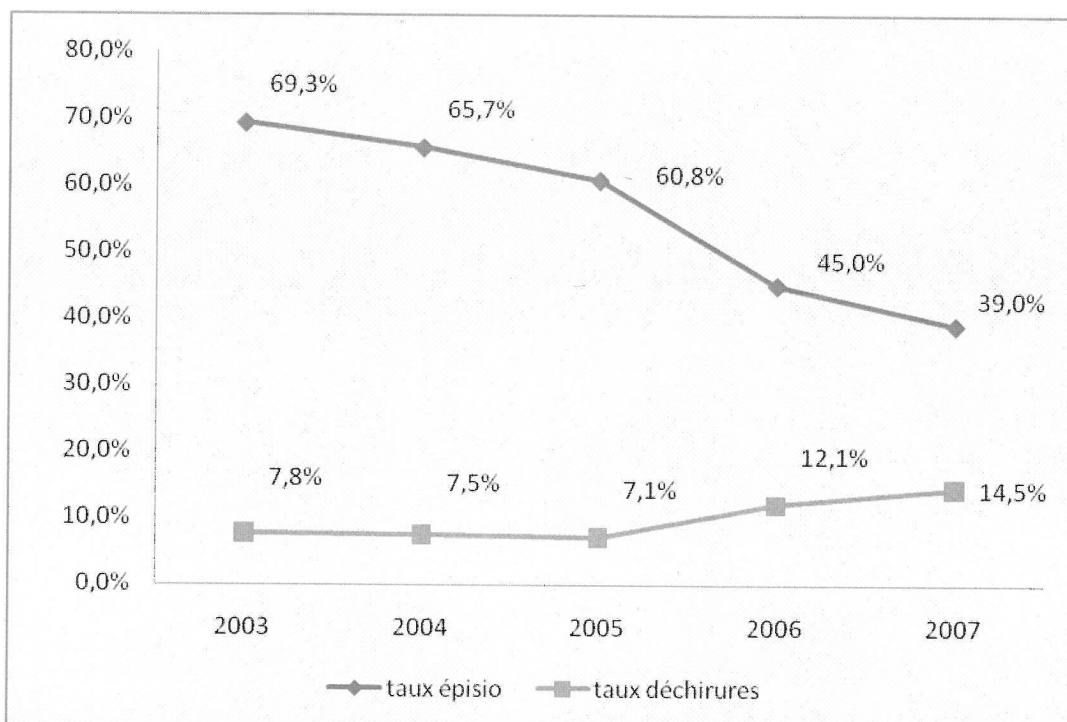


Figure 3 Technique du surjet continu (1 fil-1 nœud). A : Plan muqueux. Comme dans les autres techniques de suture, on débute par le point d'angle de la muqueuse vaginale. Le plan muqueux est fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale. De là, on passe au plan suivant. B : Plan musculaire. Dans la continuité du plan muqueux, il débute par la berge gauche. Le surjet de ce plan se termine au point d'angle cutané. En faisant un surjet, il est habituel de faire plus de passages qu'avec des points séparés. C : Plan sous-cutané. Le surjet de ce plan se fait en « remontant » de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan permet de préparer le plan suivant. Il efface l'espace mort sous-cutané qui pourrait persister, comme avec les points de Blair-Donati. Il absorbe les tensions qui pourraient s'exercer sur le plan cutané. D : Plan cutané. Le plan sous-cutané s'est terminé en avant de l'hymen, sur la berge droite et l'aiguille ressort du plan muqueux. Un ou deux points de surjet sont habituellement nécessaires pour aller jusqu'à la jonction peau-muqueuse où débute le surjet intra dermique qui va fermer la peau. Le surjet arrivé au point d'angle de la peau, on piquera l'aiguille dans l'angle pour ressortir à 1-2 cm. Le fil est coupé au ras de la peau pour être enfoui.

The continuous suturing technique.

ANNEXE V

L'évolution des taux d'épisiotomies et de déchirures au CHU :



L'évolution du taux de périnéés intacts au CHU :

