



HAL
open science

Audit clinique à la maternité du CHU de Rouen : "Les indications de l'épisiotomie". Étude prospective à propos de 53 questionnaires

Marie-Charlotte Degremont

► To cite this version:

Marie-Charlotte Degremont. Audit clinique à la maternité du CHU de Rouen : "Les indications de l'épisiotomie". Étude prospective à propos de 53 questionnaires. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00881647

HAL Id: dumas-00881647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881647>

Submitted on 15 Nov 2013

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

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Audit clinique à la maternité du
CHU de Rouen : « Les indications de
l'épisiotomie »**

Etude prospective à propos de 53 questionnaires

Mémoire présenté par

Mademoiselle Marie-Charlotte DEGREMONT

Née le 14 mars 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Mes remerciements à

*Madame Hébert, sage-femme enseignante,
pour sa grande disponibilité et pour m'avoir guidée tout au long de ce travail,*

*Marine Hazard, sage-femme clinicienne,
pour son soutien, ses conseils et sa bonne humeur,*

*Ma famille,
pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de mes études,*

*Camille, Robin, Caroline, Elsa et Romain,
pour leur aide,*

*Nicolas,
pour son soutien et sa patience.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. REVUE DE LA LITTERATURE	3
1.1. LE PERINEE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT	4
1.1.1. Pendant la grossesse	4
1.1.2. Pendant l'accouchement	4
1.2. EVOLUTION DE L'EPISIOTOMIE	6
1.2.1. L'essor de l'épisiotomie	6
1.2.2. La controverse	7
1.3. TECHNIQUE	9
1.3.1. Préparation	9
1.3.2. Analgésie	9
1.3.3. Le geste d'épisiotomie	10
1.3.4. Méthode de réparation	11
1.3.5. Complications	12
1.4. INDICATIONS	14
1.4.1. Maternelles	14
1.4.2. Fœtales	15
1.4.3. Obstétricales	16
1.5. LA SAGE-FEMME ET LA QUALITE DES SOINS	18
1.5.1. Compétences et devoirs de la sage-femme	18
1.5.2. Evolution législative sur les droits des patients	19
1.5.3. Evolution des associations d'usagers	21
1.5.4. La formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à travers le DPC	21

1.5.5.	L'EPP à travers l'audit clinique	23
2.	ENQUETE.....	25
2.1.	METHODOLOGIE	26
2.1.1.	Objectifs de l'étude	26
2.1.2.	Méthode	26
2.2.	RESULTATS	29
2.2.1.	Profil des sages-femmes	29
2.2.2.	Indications de l'épisiotomie.....	30
2.2.3.	Pratique de l'épisiotomie à l'expulsion.....	34
2.2.4.	Information dispensée à la patiente	37
2.2.5.	Critère d'importance.....	38
3.	DISCUSSION.....	40
	CONCLUSION.....	48
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Depuis la première incision du périnée il y a plus de deux siècles, l'épisiotomie est devenue l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée dans les salles de naissance. Elle se voyait être la résolution des complications du périnée au cours de l'accouchement. Depuis le début des années 80, elle est remise en cause par différentes études. C'est pourquoi, en 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a mis en place des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) dans l'objectif d'instituer une politique initiative pour diminuer progressivement le taux moyen d'épisiotomie.

Le Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011, relatif au développement professionnel continu (DPC) des sages-femmes, précise dans l'article R. 4153-1. que ce DPC comporte l'analyse, par les sages-femmes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Les objectifs sont donc l'évaluation des pratiques professionnelles mais aussi le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La sage-femme a donc une responsabilité professionnelle en termes de qualité et de sécurité des soins.

Lors de nos différents stages en salle de naissance, nous avons remarqué que de nombreux facteurs confondants interféraient avec le recours à l'épisiotomie. Nous nous sommes donc intéressés à ces critères, en les comparant aux RPC, dans le but d'évaluer les indications de la pratique de l'épisiotomie, dans le cadre de la démarche de qualité des soins.

Dans une première partie, nous exposerons une revue de la littérature, relatant de l'évolution, de la technique et des indications de l'épisiotomie ainsi que de place de la sage-femme face à la qualité des soins. Puis dans un deuxième temps, nous présenterons notre enquête réalisée auprès des sages-femmes, par l'intermédiaire de l'audit clinique. Pour finir, nous discuterons les différents éléments observés par cette étude puis nous soumettrons d'éventuelles propositions d'action réalisables afin d'améliorer les pratiques.

1. REVUE DE LA **LITTERATURE**

1.1. LE PERINEE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (2,3,4,5)

Le périnée correspond à l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne. Ses limites sont constituées par un cadre ostéo-fibreux, losangique se divisant en deux segments triangulaires par une ligne transversale menée d'une tubérosité ischiatique à l'autre en passant par le noyau fibreux central du périnée. Il met ainsi en évidence le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou région anale.

1.1.1. Pendant la grossesse

Les modifications sont multiples, liées à des combinaisons de phénomènes, à la fois sur un plan hormonal, mécanique et vasculaire :

- Une importante production d'hormones est réalisée par l'unité fœto-placentaire. Cette imbibition gravidique est responsable d'une hyperlaxité musculo-ligamentaire, permettant à la distance ano-vulvaire (qui est de 2 à 4 centimètres en dehors de la grossesse) d'atteindre 12 à 15 centimètres au cours de l'expulsion.
- Les modifications mécaniques résultant du développement de l'utérus sont plus contraignantes. En effet, l'antéversion de l'utérus entraîne la vessie dans une position plus abdominale générant ainsi une dysurie. Les symptômes urinaires augmentent progressivement (pollakiurie, impériosité, incontinence urinaire d'effort).
- Des troubles vasculaires, tels que des varices vulvaires ou des hémorroïdes, peuvent s'observer. Ils sont dus à de multiples facteurs comme l'hyperpression abdominale, la sécrétion importante de progestérone, l'augmentation de la masse sanguine maternelle, ou encore celle du débit cardiaque.

1.1.2. Le périnée pendant l'accouchement

Modification du segment ano-coccygien

Au cours de la première étape de la descente, à chaque contraction, la présentation fœtale bute contre le coccyx alors repoussé en arrière. Elle provoque ainsi l'allongement du segment pré-coccygien et une distension du périnée postérieur. Si le rectum n'est pas vide,

les matières sont éliminées. Le périnée s'amincit sous l'effet de la compression.

Ampliation du segment ano-vulvaire

Continuant sa descente, la tête comprime et écrase le centre tendineux du périnée. La région ano-vulvaire devient alors saillante. La distance ano-vulvaire s'étire sur plusieurs centimètres, l'anus s'ouvre largement. Le périnée continue de s'amincir et sa rupture devient imminente.

Au niveau de l'orifice vulvaire

Il se déplisse et se distend de plus en plus chez la primipare, la déchirure des vestiges hyménaux peut causer un léger saignement.

Au niveau du muscle releveur de l'anus

Le faisceau externe (sphinctérien) : lors de l'accouchement, ce faisceau se relâche pour permettre l'ouverture de la fente urogénitale et la descente de la présentation dans l'excavation pelvienne. Il joue un rôle dans la rotation de la présentation.

Le faisceau interne (releveur) : le faisceau pubo-vaginal forme une véritable sangle postérieure de la moitié inférieure du vagin. Lors de l'accouchement, celui-ci se contracte et élève le noyau fibreux central du périnée. Le faisceau pubo-rectal se termine dans les tuniques musculaires du rectum. Lors de l'accouchement il se contracte et devient plus superficiel.

Lorsque la présentation commence sa déflexion, le périnée postérieur se distend, et le noyau fibreux central est alors aplati, les faisceaux pubo-rectaux vont ainsi s'intégrer dans le périnée superficiel.

1.2. EVOLUTION DE L'EPISIOTOMIE

1.2.1. L'essor de l'épisiotomie

L'épisiotomie, un des gestes chirurgicaux les plus exercés dans le monde, a été introduite dans la pratique clinique au cours du XVIIIème siècle sans fondement scientifique réel de ses bénéfices. Cette pratique a été décrite pour la première fois en 1741 par Sir Fielding Ould à l'université de Dublin (32). L'intervention avait alors pour but de faciliter l'expulsion. Son utilisation est pourtant restée longtemps limitée aux accouchements extrêmement difficiles. A cette époque, elle se dirige vers l'anus et n'est que peu suturée.

Au début du vingtième siècle, aux Etats-Unis, l'épisiotomie connaît un nouvel essor grâce à POMEROY et DELEE (32). La naissance étant alors considérée comme un phénomène pathologique, il fallait être plus interventionniste. En 1938, DIETHELEM reflète l'opinion générale de la communauté obstétricale lorsqu'il affirme que « les indications de l'épisiotomie étant définitivement établies, cette dernière ne requiert donc aucune justification » (32).

La pratique de l'épisiotomie atteint son paroxysme dans les années 70. En effet, les arguments mettant en cause l'accouchement dans des problèmes de continence et de statique pelvienne féminine s'accumulent. La pratique habituelle de l'épisiotomie était justifiée par deux types de bénéfices :

- Un bénéfice fœtal, en permettant de diminuer le temps d'expulsion, de réduire le traumatisme fœtal ou materno-fœtal en facilitant l'exécution de manœuvres obstétricales.
- Un bénéfice maternel, en réduisant le risque de déchirures périnéales sévères au cours de l'accouchement, et à plus long terme, le risque de prolapsus, d'incontinence urinaire ou anale, et de dyspareunie (28).

Puis, parallèlement à l'augmentation du nombre d'épisiotomies, celle-ci devient de plus en plus discutée.

1.2.2. La controverse

Aucune étude comparant risques et bénéfices de l'épisiotomie prophylactique n'avait jamais été réalisée avant les années 1980. La sonnette d'alarme a été tirée par THACKER et BANTA, en 1983, qui publient une première revue de la littérature à ce sujet (32). Le grand débat sur cette pratique préventive s'ouvre alors.

En Angleterre, Sleep *et al.*, en 1984, ont observé qu'il y avait plus de périnéés intacts dans le groupe épisiotomie restrictive (où l'épisiotomie est réduite à une utilisation minimale). Et à long terme, ils ont conclu que la réalisation libérale (où celle-ci est largement utilisée) ne prévenait pas de l'incontinence urinaire et engendrait un taux de dyspareunies plus important (30). Le taux d'épisiotomie passe alors de 25% en 1967 à 24% en 1990, puis à 12% en 2003.

Aux Pays-Bas, Anthony *et al.* ont conclu que la pratique d'une politique libérale n'était pas associée à une diminution du taux de lésions périnéales de haut degré (8). Le taux d'épisiotomie y est passé de 8% d'épisiotomie en 1981 à 34% en 2001.

Plusieurs autres études réalisées par Schlomer *et al.*, Dannecker *et al.*, Borghi *et al.*, ainsi que par la *Cochrane Database*, conduisent toutes aux mêmes conclusions défavorables à la pratique libérale de l'épisiotomie (10, 11, 13, 18).

Le premier réquisitoire vraiment structuré contre l'utilisation large de l'épisiotomie a été développé dans une revue très complète de Woolley (37) publiée en 1995. Il montre que même si l'épisiotomie peut éviter les lacérations antérieures périnéales, elle ne présente aucun des bénéfices, sur la mère et l'enfant, attribués traditionnellement, comme la prévention des dommages du périnée et de leurs séquelles, la prévention de l'affaissement du plancher pelvien, et la protection du nouveau-né contre les hémorragies intracrâniennes ou l'asphyxie per-partum. Alors qu'elle ne présente que cet unique avantage, de moindre intérêt, au niveau du périnée antérieur, l'incision augmente de manière significative les pertes sanguines maternelles, la profondeur moyenne de la blessure périnéale postérieure, le

risque de blessure du sphincter anal avec la morbidité à long terme qui en résulte, du moins pour l'épisiotomie médiane, mais aussi le risque d'une réparation incorrecte de cette blessure, et la douleur dans les jours qui suivent l'accouchement.

En France, le taux d'épisiotomie s'élevait à 38,4% en 1981 pour atteindre 46,8%, en 2002-2003 (22).

En 2005, Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), a réalisé une analyse des données de la littérature comparant deux politiques autour de l'épisiotomie. Il distingue l'utilisation libérale où l'épisiotomie est largement utilisée à l'utilisation restrictive où celle-ci est réduite à une utilisation minimale. Cette étude de la bibliographie médicale internationale, a permis au CNGOF de réactualiser les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) de l'épisiotomie (46). Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, cotées de A à C. En l'absence d'étude, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel (Annexe I).

Ainsi la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue de déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré. En revanche, elle réduit le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures (grade A) (14). De même, celle-ci n'empêche pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (grade A) ou par impériosité (grade B), ni même d'une incontinence anale (grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (grade C) (14). Cette analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant foetal (grade C) que maternel (grade A) (46).

Le CNGOF a également émis des recommandations pour la technique de cet acte. De même, des informations sont détaillées sur les complications retrouvées à la suite de cette pratique.

1.3. TECHNIQUE

1.3.1. Préparation (35, 46)

Comme tout acte chirurgical, la pratique de l'épisiotomie nécessite une asepsie rigoureuse et l'utilisation d'un matériel stérile, conditionné spécifiquement, afin de limiter le risque d'infection du site opératoire (grade C).

La tonte chirurgicale ou l'ébarbage des poils n'est pas systématique et doit être préférée au rasage. En effet, le rasage peut être source d'inconfort et de surinfection locale en provoquant des érosions cutanées (grade C).

Il est recommandé de pratiquer une préparation vulvo-périnéale en quatre temps, au moment de l'installation de la parturiente pour l'expulsion. Elle consiste en un nettoyage avec un savon antiseptique, suivi d'un rinçage puis d'un séchage et enfin l'application d'un antiseptique de même classe.

Cette préparation systématique est complétée par l'installation d'un champ stérile sous le siège et sur le ventre ainsi qu'un badigeonnage complémentaire juste avant le geste chirurgical. Concernant le praticien, il porte un masque à visière et des gants stériles à usage unique après un lavage chirurgical des mains.

1.3.2. Analgésie (35, 46)

La douleur induite par l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous-estimée et a besoin d'être mieux évaluée. Les données concernant les moyens utilisés et leur efficacité pour lutter contre celle-ci restent limitées, ce qui conduit à une grande hétérogénéité des pratiques et une insuffisance d'efficacité dans ce traitement.

Le recours à une méthode anesthésique est recommandé pour pratiquer et réparer l'épisiotomie (grade C). Les méthodes disponibles sont représentées par l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs honteux, ou pudendaux, et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie locale consiste en l'injection de Lidocaïne dans l'épaisseur du périnée au niveau du futur trajet de l'épisiotomie. Les doses maximales à ne pas dépasser sont de 200mg (soit un flacon de 20ml) de Xylocaïne® 1% (accord professionnel).

L'anesthésie par infiltration trans-vaginale ou trans-périnéale des nerfs honteux peut s'avérer utile lors d'une extraction instrumentale ou lorsque le travail a été mené sans analgésie péridurale. Sa procédure consiste en l'injection de 10ml de Lidocaïne à 1% au contact de chaque nerf honteux interne.

Enfin, l'analgésie péridurale représente actuellement la méthode anesthésique la plus efficace, comparativement à toute autre procédure (grade B). Il suffit de, soit réinjecter dans le cathéter mis en place pour l'analgésie péridurale, soit par une anesthésie locale. Le produit anesthésiant le plus utilisé est la Xylocaïne® 1%.

1.3.3. Le geste d'épisiotomie (35, 46)

Depuis la naissance de cet acte chirurgical, plusieurs techniques ont été proposées, la plupart ayant été abandonnées depuis longtemps du fait de leur caractère particulièrement mutilant. Il s'agit notamment des épisiotomies bilatérales, latérales unilatérales (qui sectionnent le tiers inférieur de la grande lèvre), ou encore celles à incisions radiées multiples. Seules les épisiotomies médianes, ou périnéotomie, et médio-latérales sont pratiquées (28).

L'incision médiane, très répandue aux Etats-Unis et en Angleterre, tend à disparaître car malgré une réparation facile et le fait qu'elle occasionne peu d'hémorragie et de dyspareunie, elle crée une zone de faiblesse médiane qui peut filer vers l'anus et rompre le sphincter anal dans 20% des cas (19). En effet, elle sépare les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian.

Les recommandations françaises prônent plutôt l'épisiotomie médio-latérale qui comporte un moindre risque sphinctérien. Elle est pratiquée généralement à droite, aux ciseaux droits, avec une lame positionnée entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame étant en dehors. La section doit être franche en partant de la fourchette

vulvaire et en se dirigeant latéralement et en dehors vers la région ischiatique, sur 6 centimètres en moyenne. Afin que la section du muscle pubo-rectal soit complète, il faut que l'épisiotomie soit suffisamment grande et oblique selon un angle de 45 degrés par rapport à la verticale (accord professionnel). Elle sectionne la peau, le vagin, le muscle bulbo-caverneux, le muscle transverse superficiel et le faisceau pubo-rectal. L'épisiotomie doit être idéalement réalisée au petit couronnement, lorsque l'anus est légèrement dilaté, lors d'un effort expulsif ou d'une contraction utérine (accord professionnel). En effet une épisiotomie trop précoce serait plus hémorragique et pourrait sectionner incomplètement le muscle pubo-rectal car celui-ci ne serait pas encore suffisamment distendu.

Il faut savoir qu'une épisiotomie trop courte peut entraîner une déchirure du sphincter anal en filant vers les fibres du muscle releveur de l'anus, or, Tincelo *et al.* (33) ont montré que les sages-femmes réalisaient des épisiotomies plus petites, moins profondes et plus médianes comparativement aux médecins (grade C).

1.3.4. Méthode de réparation (35,46)

Comme toute plaie chirurgicale à risque infectieux, la réfection de l'épisiotomie impose des conditions rigoureuses d'asepsie. Elles concernent le matériel utilisé, les locaux, l'asepsie vulvo-périnéale et l'habillement chirurgical de l'opérateur.

Plusieurs travaux ont montré l'intérêt d'utiliser un fil synthétique résorbable par rapport à un fil non résorbable car il apporte plus de confort à la patiente. Sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, la technique de réparation par surjet continu est préférable aux points séparés car elle réduit significativement les douleurs périnéales et augmente le confort des patientes.

1.3.5. Complications (35, 20)

1.3.5.1. Complications immédiates

L'hémorragie : Les épisiotomies, en particulier médio-latérales, sont à l'origine de spoliations sanguines souvent sous-estimées et plus importantes que les déchirures périnéales simples. L'épisiotomie est classée dans les facteurs de risques « établis » d'hémorragie du post-partum. L'hémorragie sera d'autant plus importante que l'épisiotomie est réalisée précocement, sur un périnée mal amplifié, avec des lésions associées.

Le traumatisme fœtal : De rares cas de traumatismes fœtaux ont été décrits lors de la réalisation de l'épisiotomie, notamment des lésions testiculaires et cutanées faciales.

Les déchirures périnéales : Il ne semble pas que la réalisation d'une épisiotomie augmenterait le risque de déchirures sévères du périnée, selon le CNGOF. L'épisiotomie médio-latérale offre une meilleure protection du périnée contre les déchirures sévères que l'épisiotomie médiane.

1.3.5.2. Complications précoces

Les douleurs périnéales et œdèmes : La douleur est la complication la plus fréquente du post-partum immédiat. Elle est souvent liée à la formation d'un hématome, à la désunion ou encore à une infection de la suture. De nombreuses études ont signalé des plaintes plus importantes après une épisiotomie plutôt que lors d'une déchirure ou lorsque le périnée restait intact. Cette différence n'existe plus à trois mois du post-partum.

Les hématomes et thrombus : Les hématomes sont relativement fréquents et s'estompent rapidement. En revanche, la survenue d'un thrombus vaginal est plus rare. Elle est due à une hémostase insuffisante.

Les infections et défauts de cicatrisation : Comme toute plaie, l'épisiotomie peut s'infecter facilement. Une politique de pratique restrictive d'épisiotomie réduit de façon significative les problèmes de cicatrisation au septième jour. Cependant, elle ne modifie pas le taux d'infections et d'hématomes périnéaux.

1.3.5.3. Conséquences à long terme sur la sexualité

Les troubles de la sexualité et les dyspareunies sont les complications les plus redoutées par les patientes. L'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies au cours des premières semaines du post-partum, par rapport aux déchirures périnéales. Ceci, ne se retrouve plus à distance de l'accouchement.

Une évolution sur les indications a également été observée dans ces recommandations.

1.4. INDICATIONS

La pratique quasi-systématique de l'épisiotomie devient plus relative (27, 46).

1.4.1. Maternelles

Périnées à risque : La conformation et l'état anatomique du périnée peuvent rendre le périnée particulièrement fragile surtout lorsque les patientes ont la peau claire ou lorsqu'il existe un panicule adipeux important. En effet, le périnée des patientes obèses déjà distendu par une surcharge en graisse ne supporte pas l'ampliation du périnée. Il en est de même lorsqu'il existe une vaginite, une infiltration des tissus liée à un travail long ou un état de pré-éclampsie ou encore un périnée court, cicatriciel, induisant une fragilité des tissus, ou tonique comme chez les patientes primipares ou sportives. Avant les RPC, il était donc classique de pratiquer une épisiotomie dans les cas présentés ci-dessus.

Puis en 2005, les RPC précisent que sur les périnées à risque, une seule indication de l'épisiotomie est retenue : Il s'agit d'une longueur périnéale minimale, définie par une distance entre la fourchette vulvaire et le centre de l'anus de moins de 3 centimètres (grade B). En effet, de nombreuses études ont montré l'importance des déchirures périnéales sévères avec des périnées dits courts. Ces périnées sont significativement plus associés à l'épisiotomie médio-latérale (9).

La nulliparité, à elle seule, n'est pas une indication systématique d'épisiotomie (13, 15, 18). Il n'existe pas suffisamment d'arguments dans la littérature (grade B). Les périnées œdématisés associés à une pré-éclampsie, semblent être un facteur de risque de lésions du sphincter anal mais aucune publication ne justifie l'utilité de pratiquer une épisiotomie (28). Il n'est pas recommandé de la réaliser, de façon systématique, lorsque le périnée est sur le point de se rompre c'est-à-dire lorsqu'il s'amincit ou blanchit. En effet, une politique restrictive permet d'augmenter par trois le nombre de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (grade B) (46).

Une réparation secondaire du sphincter anal nécessiterait une césarienne prophylactique en cas de grossesse ultérieure (avis d'expert). Néanmoins, une étude a montré qu'en cas

d'antécédent de déchirure périnéale sévère avec atteinte sphinctérienne anale asymptomatique, lorsque l'accouchement par voie basse est autorisé, il n'y avait pas de bénéfice à réaliser une épisiotomie préventive (7) (grade B). En cas d'antécédent de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degrés, l'extraction par forceps associée à l'épisiotomie, constitue le facteur de risque majeur de récurrence de déchirures sévères alors que l'extraction par ventouse sans pratique de l'épisiotomie aurait un rôle protecteur (source). L'accouchement des patientes mutilées ou excisées est à haut risque de déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré (21). Il n'y a pas assez de données justifiant ou non la pratique d'une épisiotomie (grade B).

1.4.2. Indications fœtales

1.4.2.1. Présentations dystociques

Avant les RPC de 2005, il était classique de dire que les accouchements spontanés mal dirigés ou trop rapides pouvaient être néfastes pour le périnée de la parturiente notamment au cours d'un dégagement en occipito-sacré, d'une présentation de la face ou de l'accouchement de la tête dernière. L'épisiotomie était donc de routine.

A partir de 2005, il est recommandé d'avoir une vigilance accrue de l'opérateur lors de cette phase expulsive, sans faire d'épisiotomie de façon systématique (avis d'expert), lors d'un dégagement en OS ou d'une présentation de la face. En effet, les variétés postérieures persistantes se dégageant en occipito-sacré sont reconnues comme étant pourvoyeuses de lésions périnéales sévères, de par leur diamètre l'occipito-frontal de dégagement qui est plus important (16). Ce type de dégagement, augmente le recours aux extractions instrumentales, elles-mêmes induisant ces lésions. La présentation de la face lors du dégagement, provoque une augmentation des forces de contraintes sur le périnée postérieur.

Pour la présentation du siège et l'accouchement gémellaire, il n'existe pas de preuve suffisante dans la littérature pour indiquer ou non l'épisiotomie. Il appartient donc au praticien de procéder selon son sens clinique pour tenter d'améliorer les conditions de l'accouchement (avis d'expert).

1.4.2.2. État fœtal non rassurant

Avant les RPC, l'épisiotomie était régulièrement utilisée pour réduire le temps d'expulsion devant un tracé du rythme cardiaque fœtal devenant pathologique, pour réduire le risque d'hypoxie fœtale, notamment en cas d'hypoxie fœtale aiguë en phase d'expulsion, en cas de prématurité, de gémellité, ou encore en cas de suspicion d'hypotrophie.

Pourtant, elle ne semble pas améliorer l'état néonatal puisqu'elle ne protège pas des hémorragies intracrâniennes ou encore des asphyxies néonatales (38) (Grade C). De même, aucune étude n'a pu démontrer l'intérêt ou non d'une épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint d'un retard de croissance in utero (34) (grade C).

1.4.3. Indications obstétricales

Le contexte obstétrical conditionne majoritairement le devenir périnéal.

1.4.3.1. Macrosomie fœtale suspectée et manœuvres obstétricales

Il faut craindre une déchirure, lors du dégagement de la tête ou de l'épaule postérieure, car le diamètre bi-acromial est plus important que normalement, en cas de macrosomie suspectée. Il était donc classique de pratiquer une épisiotomie dans ces cas.

Cependant, en l'absence de preuves suffisantes, le CNGOF se réserve de poser les manœuvres obstétricales et la suspicion de macrosomie comme indication à la réalisation de ce geste (grade C). En effet, l'épisiotomie ne réduit pas le risque de dystocie des épaules puisque celle-ci est due au rapport anatomique du bassin et du fœtus en son diamètre bi-acromial (39). Dans la gestion de cette dystocie, il a été démontré que l'épisiotomie ne diminue pas le risque de lésions sévères du périnée ni celui de la survenue d'un plexus brachial et que parallèlement elle augmente le taux de déchirures sévères (17).

Youssef *et al.*, dans une étude rétrospective de cas de macrosomie confirmée à la naissance, observent une augmentation du taux de lésions sévères. Or, une épisiotomie systématique préventive en cas de suspicion de macrosomie ne peut être recommandée, car au moment de l'expulsion, le praticien ne dispose que d'éléments cliniques et para-

cliniques, dont la sensibilité est faible (31, 36).

En ce qui concerne la grande extraction du second jumeau, l'épisiotomie ne se justifie pas non plus (27).

1.4.3.2. Extractions instrumentales

Les interventions instrumentales sont délétères pour le périnée (forceps, ventouse, ou encore une version par manœuvre interne). L'épisiotomie était donc utilisée lors d'extractions instrumentales.

Or, selon le CNGOF, il est recommandé d'utiliser plus largement la ventouse en association à une politique restrictive de l'épisiotomie (grade B) (39).

Ces recommandations, comme toutes les RPC en santé, permettent d'évoluer dans la prise en charge. Cependant, ces pratiques nécessitent de la qualité pour fonctionner.

1.5. LA SAGE-FEMME ET LA QUALITE DES SOINS

D'après l'article L. 1110-5 du Code de Santé Publique (53), toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

Définir et évaluer la qualité des soins est donc une démarche fondamentale pour améliorer le système de santé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins est le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins (55).

Pour bien prendre en compte ces définitions, les compétences et devoirs des sages-femmes ont été explicités dans le code de déontologie.

1.5.1. Compétences et devoirs de la sage-femme

L'article R.4127-325 du code de déontologie des sages-femmes précise que lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né (44).

De même, l'article R.4127-326 explique que la sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés. (44)

Les champs de compétence des sages-femmes sont définis par l'article R.4127-318 du

code de déontologie des sages-femmes (44). Concernant l'épisiotomie, la sage-femme est autorisée à pratiquer « l'anesthésie locale pendant l'accouchement, l'épisiotomie et la réfection non compliquée, ainsi que la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ». C'est une pratique d'actualité qui nécessite donc de la qualité.

La sage-femme doit donner des soins conformes aux données actuelles de la science. Pour ce faire, l'article R.4127-304, du code de déontologie des sages-femmes, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, précise que « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L.4153-2 du Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. » (44)

Tous ces devoirs et compétences s'incluent dans un système législatif complexe.

1.5.2. Evolution législative sur les droits des patients

Comme tout autre acte médical, l'épisiotomie est une pratique légiférée.

1.5.2.1. Consentement (45)

Instauré depuis la Loi du 4 mars 2002, le respect du consentement du patient impose qu'aucun acte médical ne peut être pratiqué sans ce consentement libre et éclairé du patient. Le praticien doit respecter la volonté de la personne. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être réalisé, sauf urgence, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté. Pour préserver l'autonomie du patient et le responsabiliser dans sa prise de décision, son consentement aux soins proposés est libre, c'est-à-dire que le patient prend sa décision sans contrainte. Il peut également refuser les soins. Ce consentement est aussi révocable à tout moment. Il est éclairé c'est-à-dire qu'il fait suite à une information médicale complète.

1.5.2.2. Droit à l'information (45)

Le droit à l'information du patient s'est affirmé au cours des années. Il correspond à une exigence qui ne fait que s'accroître de la part des patients, devenant de plus en plus revendicatifs dans notre société actuelle. L'information devient donc 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, dans l'article L.1111-2 du code de santé publique, que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, sur les différentes investigations, traitements, actions de préventions proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information se doit d'être orale, claire, loyale, adaptée, compréhensible, conforme aux données acquises de la science et rétroactive. L'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de la situation personnelle, pour consentir, ou non, de façon libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements. En effet, l'article L.1111-4 stipule qu' « aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Cette obligation d'information concerne tout professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences.

Il faut savoir que cette loi n'est pas la seule donnée concernant l'information puisque la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2005, recommande, pour tout professionnel de santé, une information devant être fondée sur les données actuelles de la science et devant concorder avec la réglementation en vigueur. Elle note également l'importance des conditions de délivrance de cette information (52). De même, le code de déontologie des sages-femmes (45) précise dans l'article R.4127-334 que « la sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension par la patiente et son entourage ».

1.5.2.3. Justification des actes

Il importe de montrer la justification médicale de ses actes et de fonder l'argumentation sur des éléments écrits du dossier. Dans le cas d'une épisiotomie, la pratique de l'acte se justifie sur le partogramme.

Les usagers du système de soins, notamment les femmes en maternité, sont de plus en plus demandeurs d'information quant aux conséquences des actes qu'ils vont recevoir. Face à des difficultés, ils s'associent.

1.5.3. Evolution des associations d'usagers (5, 51)

Les associations d'usagers ne cessent de se développer et amènent les professionnels de santé à se justifier et à répondre de leur acte devant la justice. Concernant l'épisiotomie, elles incitent les patientes à engager des procédures judiciaires pour non-respect du devoir d'information et du consentement éclairé. Elles réclament ainsi une diminution du nombre d'épisiotomies, la considérant parfois, comme une mutilation sexuelle. Pour exemple, le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE), constitué depuis 2003, regroupe des associations diverses dont les histoires et les compétences sont variées. Il fonctionne sur la base d'échanges de mails au travers d'une liste de discussion. Grâce à ces outils de coordination, il a pu construire une articulation entre une expertise tirée de l'expérience des femmes et des couples et une expertise médico-scientifique.

Ces évolutions médicales, législatives et sociologiques demandent d'être bien formé. De même, le code de déontologie des sages-femmes précise l'obligation de se tenir informé des données actuelles par l'intermédiaire du Développement Professionnel Continu (DPC).

1.5.4. La formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à travers le DPC.

Une fois diplômée, les sages-femmes ont une obligation de formation continue, définie par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, codifiée à

l'article L.4153-1 du Code de la Santé Publique (CSP) (40). Elle stipule que « la formation continue est obligatoire pour toutes les sages-femmes en exercice ». Elle est fondée sur l'acquisition de nouvelles données, connaissances et compétences. Déjà, dans l'article 4 de la circulaire du 29 juillet 1992, le conseil de l'Ordre des sages-femmes, rappelait que « la formation médicale continue des sages-femmes est une obligation déontologique. » (24)

Puis, le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (43) mentionne que cette évaluation est rendue obligatoire pour tous les médecins mais pas pour les autres professionnels de santé, ceux-ci étant impliqués dans la mise en place de l'EPP à travers leur obligation de formation continue. L'objectif est de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant son propre exercice professionnel. Il faut ensuite comparer les résultats par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, pour finalement mettre en œuvre des actions d'amélioration. Le but étant d'impliquer et de responsabiliser les professionnels. Elle comporte une dimension individuelle mais aussi collective puisqu'elle peut être réalisée dans le cadre de la certification de l'établissement de santé.

Par la suite, la loi du 21 juillet 2009 (40) portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) se substitue à celle de 2004. Elle permet d'intégrer l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et la Formation Médicale Continue dans un dispositif unique : Le Développement Professionnel Continu qui est applicable à toutes les professions de santé. Les objectifs sont donc l'évaluation des pratiques professionnelles mais aussi le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique ainsi que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

En 2011, le DPC devient obligatoire également pour les sages-femmes. En effet, le Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011, relatif au développement professionnel continu des sages-femmes, précise dans l'article R. 4153-1. que « le DPC comporte l'analyse, par les sages-femmes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente » (41). La sage-femme satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'elle participe, au cours de chaque année civile, à un programme. Le conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes s'assure, au moins une

fois tous les cinq ans, qu'elles ont satisfait à cette obligation (24).

1.5.5. L'EPP à travers l'audit clinique (52)

Plusieurs outils sont à disposition pour évaluer la qualité des soins, notamment les revues de morbi-mortalité, la revue de pertinence des soins, etc... ainsi que l'audit clinique qui reste le plus fiable pour évaluer les actes eux-mêmes tels que l'épisiotomie.

L'audit clinique distingue 6 étapes :

- Choix du thème : Le thème de l'audit clinique est choisi en fonction de la fréquence de la pratique, du risque pour le patient, du potentiel d'amélioration, de l'existence de références scientifiques, réglementaires et professionnelles.

- Choix des critères : Un critère est un signe admis par le plus grand nombre permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée. Il comporte un intitulé, un ou plusieurs éléments mesurables, une valeur cible et une instruction pour la saisie des données.

- Choix de la méthode de mesure : La grille d'évaluation est construite à partir des critères représentatifs de la qualité sélectionnés à l'étape précédente. Leur formulation doit permettre une réponse binaire et la logique d'interrogation doit respecter la chronologie des règles contenues dans le référentiel.

- Recueil des données : Avant ce recueil, le responsable du projet réunit l'ensemble des professionnels impliqués dans la collecte d'information afin de leur rappeler l'objectif poursuivi et les modalités de la mesure des critères qualité.

L'objectif est ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation individuelle des professionnels. Les modalités de l'évaluation précisent la période de collecte des données, le nombre de pratiques à évaluer, la manière de procéder au recueil d'information. La taille de l'échantillon considérée comme suffisante est habituellement de 30 à 50 pratiques.

- Analyse des résultats : Le mode d'exploitation des données manuel ou informatisé est choisi en fonction de la quantité de dossiers. Pour une première approche de la démarche d'évaluation, la construction de tableaux récapitulatifs des données a un caractère pédagogique important. Puis, une présentation sous forme graphique permet de mieux objectiver les points acquis et ceux qui sont à améliorer.

- Plan d'actions d'amélioration et réévaluation : Il est défini en concertation avec les professionnels.

Ces RPC et ces changements au niveau législatif nous ont amenés à réaliser notre enquête autour de l'évaluation des indications de l'épisiotomie.

2. ENQUETE

2.1. METHODOLOGIE

2.1.1. Les objectifs de l'étude

Le sens clinique de la sage-femme, peut l'amener, à chaque fois qu'elle le juge nécessaire, à agrandir l'orifice périnéo-vaginal afin de tenter d'améliorer les conditions d'un accouchement à risque. Poser une indication d'épisiotomie relève d'éléments objectifs, il y a donc une obligation de critères. D'ailleurs, les recommandations pour la pratique clinique, publiées en 2005 par le CNGOF, ont modifié les pratiques des sages-femmes.

Mais quels sont les critères conduisant à la décision de pratiquer une épisiotomie ?

L'hypothèse était la suivante : les critères amenant la sage-femme à décider de pratiquer une épisiotomie sont multiples.

2.1.2. Méthode

Le but de ce travail était de faire une évaluation des indications de la pratique de l'épisiotomie. Pour cela, nous avons choisi de réaliser un audit clinique de pratique.

Notre étude était une enquête prospective et uni-centrique, réalisée au sein de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire de questionnaires anonymes auprès des sages-femmes de salle de naissance. Les questionnaires étaient mis à disposition en salle de naissance et remplis à chaque pratique d'une épisiotomie.

L'ensemble des questions a été formulé en lien avec les RPC établies par le CNGOF en 2005 dans le but de les comparer.

Afin de faciliter le remplissage, toutes les questions ont été formulées dans le but d'obtenir des réponses fermées, soit sous forme numérique, soit de type binaire oui/non, ou encore de listes à choix multiples.

Ce questionnaire se divisait en quatre parties (Annexe 2):

- ✓ Nombre d'années d'exercice: 0-5ans / 6-10ans / 11-15ans/ 16-20ans />20ans
- ✓ Indications à la pratique d'une épisiotomie :
 - IMC : 25-29 / 30-34 / 35-39 / \geq 40
 - Prise de poids : 0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20 / > 20 kg
 - Phototype : blanche / mate / noire
 - Estimation de poids fœtal : <3^{ème} / 3-10^{ème} / 90-97^{ème} / >97^{ème} percentile
 - Age maternel : < 20ans / 20-30ans / 31-40ans / > 40ans
 - Age gestationnel : 34-36SA / 37-40SA / \geq 41SA
 - APD ou non
 - Primiparité ou non
 - Durée des efforts expulsifs : 6-20 / 21-30 / >30 minutes
 - Périnée cicatriciel avec antécédents de : déchirure / épisiotomie / périnée complet / mutilations sexuelles / fistule ou abcès périnéaux
 - Distance ano-vulvaire estimée : < 3cm / entre 3 et 5cm / > 5cm
 - RCF dans l'heure précédant l'expulsion avec différents types de tracés pathologiques : anomalies de variabilité / réactivité / ralentissements précoces, tardifs, variables, prolongés
 - RCF à l'expulsion : classification de Melchior
 - Impression de mauvaise poussée
 - Qualité du périnée : tonique / œdématisé / friable / infiltré
 - Périnée sur le point de rompre
 - Présentation dystocique : face / bregma / OS

- ✓ Episiotomie :
 - position de la patiente
 - décision
 - pratique
- ✓ Information sur l'épisiotomie :
 - pendant le travail
 - pendant la grossesse
 - lors de l'élaboration du projet de naissance
 - concernant ces indications.

Les critères d'inclusion étaient :

- ✓ Accouchement voie basse
- ✓ Terme supérieur ou égal à 34 SA
- ✓ Fœtus en présentation céphalique
- ✓ Par une sage-femme, accompagnée ou non d'un(e) étudiant(e) sage-femme.

Les critères d'exclusion étaient :

- ✓ Grossesse multiple
- ✓ Extraction instrumentale
- ✓ Présentation fœtale du siège
- ✓ Accouchement par un médecin ou un interne
- ✓ Mort fœtale in utéro
- ✓ Interruption médicale de grossesse.

L'enquête s'est étendue sur une période de quatre mois allant du 01 octobre 2012 jusqu'au 31 janvier 2013 inclus dans le but de récupérer au moins 50 questionnaires comme le recommande la Haute Autorité de Santé.

Une information au sujet de cette évaluation des pratiques professionnelles a été régulièrement réalisée auprès des sages-femmes au cours de ces 4 mois. Finalement 56 questionnaires ont été récupérés dont 3 ininterprétables.

Les résultats des 53 questionnaires exploitables ont été obtenus suite à la saisie des données informatiques dans les logiciels Stata version 8 et Excel 2007.

L'analyse descriptive a été exprimée en valeur absolue et en pourcentage.

De nombreux effectifs calculés étant inférieur ou égal à 5, le seul test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$).

2.2. RESULTATS

2.2.1. Profil des sages-femmes

- Depuis combien de temps exercez-vous ?

ANNEES D'EXERCICE	Classes	n = 53
	0-5 ans	34 (64,2%)
	6-10 ans	9 (17%)
	11-15 ans	6 (11,3%)
	16-20 ans	4 (7,5%)

Tableau 1 : années d'exercice

Aucune sage-femme, parmi celles qui ont répondu au questionnaire, n'exerce depuis plus de 20ans.

2.2.2. Indications de l'épisiotomie

- Quelle(s) était(ent) pour vous l'(les) indication(s) de cette épisiotomie ?

Nous avons recherché le(s) critère(s) pour chaque épisiotomie, puis nous avons détaillé les classes concernées.

Concernant la patiente

CRITERES RETROUVES	n	Classes concernées	n
Indice de masse corporelle	2 (3,8%)	[30-34]	1 (50%)
		≥40	1 (50%)
Prise de poids (kg)	1 (1,9%)	[11-15]	1 (100%)
Phototype	1 (1,9%)	peau noire	1 (100%)
Age maternel (ans)	3 (5,7%)	<20	3 (100%)
Primiparité	4 (7,6%)	-	-
Age gestationnel (SA)	0 (0%)	-	-
Anesthésie péridurale	0 (0%)	-	-
Durée des efforts expulsifs (minutes)	9 (17,0%)	[6-20]	2 (22,2%)
		[21-30]	2 (22,2%)
		>30	5 (55,6%)

Tableau 2 : critères concernant la patiente

Concernant le fœtus

CRITERES RETROUVES	n	Classes concernées	n
Estimation de poids fœtal (percentile)	7 (13,21%)	[90-97 ^{ème}]	3 (42,9%)
		>97 ^{ème}	4 (57,1%)
Présentation fœtale dystocique	4 (7,6%)	Bregma	1 (25,0%)
		OS	3 (75,0%)
RCF dans l'heure précédant l'expulsion (ralentissements)	8 (15,1%)	Tardifs	1 (12,5)
		Variables	1 (12,5%)
		Prolongés	2 (25,0%)
		variables et tardifs	1 (12,5%)
		variables et prolongés	3 (37,5%)
RCF à l'expulsion (Melchior)	23 (43,4%)	0	1 (4,4%)
		1	1 (4,4%)
		2	6 (26,1%)
		3	7 (30,4%)
		4	8 (34,7%)

Tableau 3 : critères concernant le fœtus

Concernant le périnée

CRITERES RETROUVES	n	Classes concernées	n
Périnée cicatriciel (antécédents)	23 (43,4%)	Déchirure	1 (4,3%)
		Episiotomie	17 (74,0%)
		Périnée complet	1 (4,3%)
		Mutilation sexuelle	3 (13,1%)
		Autre : nymphoplastie	1 (4,3%)
Impression de mauvaise poussée	12 (22,6%)	-	-
Qualité du périnée	31 (58,49%)	Tonique	24 (77,5%)
		Friable	2 (6,4%)
		Tonique et friable	2 (6,4%)
		Tonique et œdématisé	3 (9,7%)
Périnée qui blanchit	15 (28,3%)	-	-

Tableau 4 : critères concernant le périnée

Après avoir décrit les critères retrouvés pour chaque épisiotomie, nous avons recherché le nombre de critères par épisiotomie :

Nombre de critères	Nombre d'épisiotomies
1	8 (15,1%)
2	20 (37,7%)
3	13 (24,5%)
4	7 (13,2%)
5	3 (5,7%)
6	2 (3,8%)

Tableau 5 : nombre de critères par épisiotomie

Pour les 8 épisiotomies où une seule indication a été retenue, nous retrouvons le RCF non rassurant à l'expulsion (n=6), l'antécédent de mutilations sexuelles (n=1) et la distance ano-vulvaire estimée à moins de 3 centimètres (n=1).

Pour les 2 épisiotomies où 6 critères interviennent en même temps, il s'agit de critères concernant la durée des efforts expulsifs, les critères concernant le périnée et le RCF à l'expulsion.

Par la suite, en sachant que de nombreux critères interviennent souvent pour une même épisiotomie, nous avons commencé par détailler ceux intervenant peu :

- Parmi les 2 épisiotomies où intervient l'IMC nous retrouvons d'autres critères. Pour la première, il s'agit d'une estimation de poids fœtal >97^{ème} percentile et la primiparité. Pour la deuxième, nous retrouvons une estimation de poids fœtal >90^{ème} percentile, la primiparité, mais aussi une présentation dystocique (OS) et une prise de poids comprise entre 11 et 15kg. Cet IMC n'est pas représenté comme critère majeur pour les sages-femmes ayant répondu aux questionnaires.
- Pour l'unique épisiotomie où intervient le phototype (peau noire), nous retrouvons comme critères associés, un antécédent de mutilations sexuelles, un RCF à l'expulsion pathologique (Melchior 4), un périnée tonique et sur le point de se rompre. Ce phototype n'est pas considéré comme un critère important.
- Parmi les 3 cas où la présentation fœtale est dystocique, le dégagement en OS intervient comme critère majeur. Les autres critères concernent principalement le poids de la mère et celui estimé du fœtus ainsi que le périnée.

Puis nous avons recherché des associations de critères significatives ($p < 0,05$) :

CRITERES	EN LIEN AVEC	significativité
IMC	Primiparité	$P < 0,05$
	EPF	$P < 0,05$
	Prise de poids	$P < 0,05$
Durée des efforts expulsifs	Impression de mauvaise poussée	$P < 0,01$
Antécédents périnéaux	RCF à l'expulsion	$P < 0,05$
	Impression de mauvaise poussée	$P < 0,05$
	Qualité du périnée	$P < 0,05$
	Périnée sur le point de se rompre	$P < 0,05$
	Durée des efforts expulsifs	$P < 0,05$
RCF dans l'heure précédent l'expulsion	RCF à l'expulsion	$P < 0,001$
Qualité du périnée	Périnée sur le point de se rompre	$P < 0,01$

Tableau 6 : associations de critères significatives

Aucun lien significatif n'a été retrouvé avec le phototype et l'âge de la patiente, avec la distance ano-vulvaire et la présentation dystocique.

2.2.3. Pratique de l'épisiotomie à l'expulsion

- Quelle était la position de la patiente ?

100% des patientes ayant eu une épisiotomie était en position gynécologique pendant l'accouchement.

- Avez-vous coupé à nouveau pour agrandir l'orifice périnéal ?

Dans 20,75% (n=11) des cas, la sage-femme a dû agrandir l'épisiotomie.

Un lien significatif est retrouvé entre le fait de couper à nouveau pour agrandir l'orifice périnéal et le fait de pratiquer une épisiotomie lorsque le périnée se trouve sur le point de se rompre (p=0,016).

- A quel moment la décision de pratiquer une épisiotomie a été prise ?

DECISION DE PRATIQUER L'EPISIOTOMIE	Classes	n
	En début de travail	5 (9,4%)
	Au début des efforts expulsifs	10 (18,9%)
	La tête au petit couronnement	30 (56,6%)
	La tête après le petit couronnement	8 (15,1%)

Tableau 7 : décision de pratiquer l'épisiotomie

Par la suite, nous avons recherché les liens entre le moment de la décision de pratiquer l'épisiotomie et les indications.

DECISION DE PRATIQUER L'EPISIOTOMIE	LIEN AVEC L'INDICATION	Significativité
Pendant le travail	Périnée cicatriciel	P < 0,05
Avant le petit couronnement	Périnée cicatriciel	P < 0,05
	Distance ano-vulvaire	P < 0,001
	Qualité du périnée	P < 0,05
Au petit couronnement	Distance ano-vulvaire	P < 0,05
	Impression de mauvaise poussée	P < 0,05

Tableau 8 : liens entre moment de décision et indications

- A quel moment l'épisiotomie a-t-elle été pratiquée ?

PRATIQUE DE L'EPISIOTOMIE	Classes	n
	Avant le petit couronnement	7 (13,2%)
	Au petit couronnement	38 (71,7%)
	Après le petit couronnement	8 (15,1%)

Tableau 9 : pratique de l'épisiotomie

Nous avons également recherché les liens entre le moment de la pratique de l'épisiotomie et les indications.

PRATIQUE DE L'EPISIOTOMIE	LIEN AVEC L'INDICATION	Significativité
Après le petit couronnement	Périnée sur le point de se rompre	P < 0,05

Tableau 10 : lien entre moment de la pratique et indications

Un seul lien significatif a été retrouvé mais nous avons tout de même pu constater que lorsque l'épisiotomie a été pratiquée après le petit couronnement (n=8), nous retrouvons dans 7 cas le fait de pratiquer l'épisiotomie pour un problème de qualité du périnée. Ce lien n'étant pas significatif.

2.2.4. Information dispensée à la patiente

INFORMATION	Réponse	n
Avant l'entrée en SDN	Oui	20 (37,7%)
	Non	1 (1,9%)
	Ne sait pas	32 (60,4%)
Pendant le travail	Oui	32 (60,4%)
	Non	21 (39,6%)
Sur la(les) indications de l'épisiotomie	Oui	48 (90,6%)
	Non	5 (9,4%)
Projet de naissance	Oui	2 (3,8%)
	Non	51 (96,2%)

Tableau 11 : Informations dispensées

Concernant les 2 patientes ayant fait un projet de naissance, des informations sur les avantages et inconvénients de l'épisiotomie ont été données pendant la grossesse et pendant le travail. Celles concernant les indications ont également été délivrées. Dans ces 2 projets, les patientes étaient d'accord pour que l'épisiotomie soit pratiquée uniquement si besoin.

2.2.5. Critère d'importance

Nous avons d'abord visualisé les principaux critères choisis par les sages-femmes. Pour cela, nous avons utilisé le tableau du questionnaire, où, pour chaque épisiotomie, les sages-femmes devaient coter les indications par ordre d'importance. Le 1 correspondant à la plus importante (avec 3 réponses au maximum) :

- Les principaux critères cotés 1 sont représentés par le RCF à l'expulsion, ainsi que des critères concernant le périnée, tels que sa qualité et les antécédents.

CRITERES	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
RCF à l'expulsion	18	34,0%	34,0%
Qualité du périnée	10	18,9%	52,8%
Périnée cicatriciel	8	15,1%	67,9%
Périnée sur le point de se rompre	5	9,4%	77,4%
Impression de mauvaise poussée	4	7,5%	84,9%
Estimation de poids fœtal	3	5,7%	90,6%
Présentation dystocique	2	3,8%	94,3%
RCF dans l'heure précédant l'expulsion	1	1,9%	96,2%
Distance ano-vulvaire	1	1,9%	98,1%
Age maternel	1	1,9%	100,0%
TOTAL	53		

Tableau 12 : critères cotés 1

Au total, 7 critères n'apparaissent pas parmi les critères cotés 1 : l'IMC, la prise de poids pendant la grossesse, le phototype de la patiente, l'âge gestationnel, l'APD, la primiparité, et la durée des efforts expulsifs.

- Les critères cotés 2 sont principalement représentés par ces mêmes critères, mais ceux concernant le périnée deviennent plus important que le RCF à l'expulsion.
- Les critères cotés 3 concernent principalement le périnée.
- Nous avons constaté que la prise de poids, le phototype de la patiente, l'APD, l'âge gestationnel n'était pas des critères d'importance selon les sages-femmes.

Pour rechercher des leviers d'amélioration, nous avons établi un diagramme de Pareto sur les critères cotés 1 :

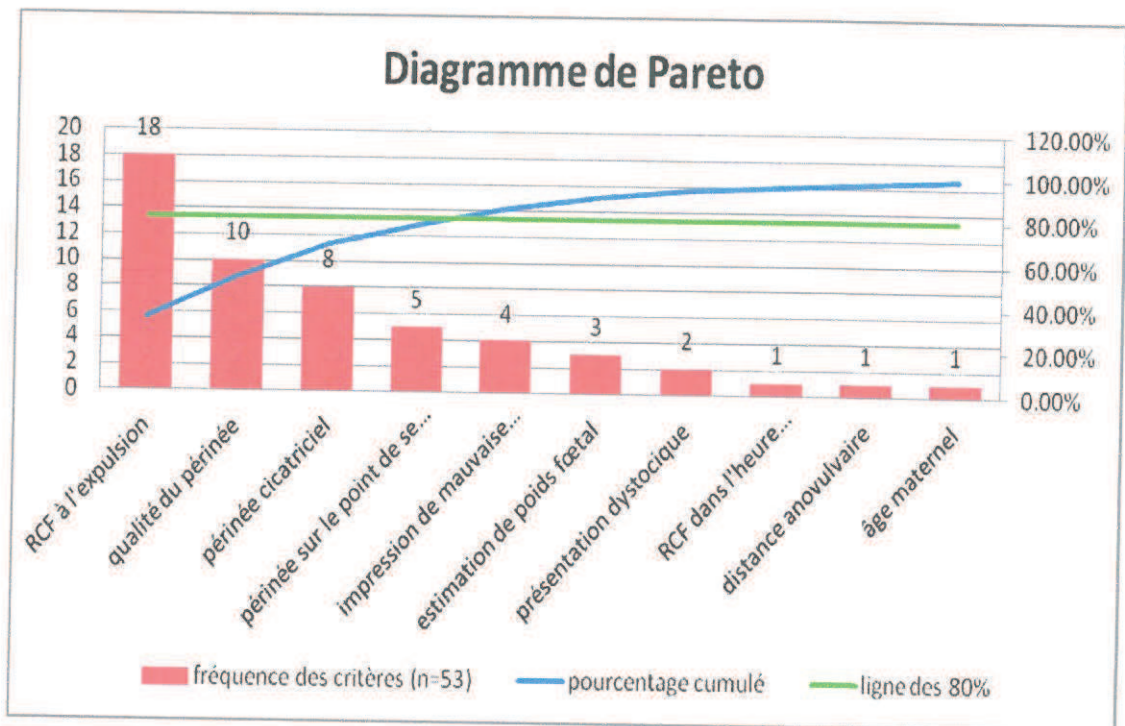


Figure 1: diagramme de Pareto

Dans notre étude, 4 critères sur les 17 (soit 23%) représentent 80% des épisiotomies. Il s'agit du RCF à l'expulsion, et 3 critères concernent le périnée (la qualité, les antécédents, et le périnée sur le point de se rompre).

3. DISCUSSION

Discussion

Le but de ce travail était de faire une évaluation des indications de la pratique de l'épisiotomie par l'intermédiaire de l'audit clinique de pratique. Nous avons donc décidé de comparer ces pratiques avec les recommandations pour la pratique clinique de 2005 (46).

Pendant cette période d'étude de 4 mois, en prenant en compte les critères d'inclusion et d'exclusion, 509 accouchements ont eu lieu et 189 épisiotomies (37,1%) ont été pratiquées. Seulement 56 questionnaires ont été remplis, ce qui représente un taux de retour de 29%. Ce taux peut être expliqué par la méthode d'auto-évaluation qui nécessite un travail supplémentaire pour les professionnels qui ont déjà une charge de travail importante. Ce taux est satisfaisant en comparaison avec les données de la littérature. En effet, Czernichow note un taux de réponses moyen de 10 à 25% pour ce genre d'enquête (1).

La méthode prospective, de par sa période d'observation courte, est moins représentative de la population générale et reflète moins la pratique des professionnels sur l'année. En effet, elle ne prend pas en compte les roulements de poste, les congés de maternité...

Au niveau national, le taux global d'épisiotomies rapporté aux accouchements par les voies naturelles était de 47,3% en 2002-2003, selon les données Audipog (22) pour atteindre en 2010, 44,4 % chez les primipares et 14,3 % chez les multipares selon l'enquête nationale périnatale de 2010 (54). A la maternité du CHU de Rouen, une diminution a également été observée. En 2004, le taux d'épisiotomies était de 65,7% pour atteindre 39% en 2007 puis 34% en 2012.

64,2 % des sages-femmes ayant répondu ont moins de 6 années d'exercice. C'est un peu plus que le taux de sages-femmes exerçant depuis moins de 6 ans, présentes en salle de naissance, durant cette période d'étude de 4 mois (47%).

Dans notre étude, la majorité des sages-femmes (64,2%) exerce depuis moins de 6 ans, leur formation initiale comprenait donc ces RPC. Or, un résultat nous a interpellés. En effet, le CNGOF recommande la pratique de l'épisiotomie lorsque la tête se trouve au petit couronnement. Pourtant, nous avons constaté un lien significatif entre le fait de pratiquer l'épisiotomie avant le petit couronnement et le fait d'exercer depuis moins de 6 ans ($p < 0,05$), Est-ce par manque d'informations concernant ces RPC ? L'étude de Delacroix en 2007 (47) a montré que seulement 57% des sages-femmes de Haute-Normandie, ayant participé à son enquête, ont connaissance des RPC, et seulement 26% les ont lues.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, oblige les professionnels de santé à informer leurs patients (45). Cette obligation est également présente dans le code de déontologie des sages-femmes (44). Delacroix, retrouvait un taux d'informations concernant l'épisiotomie de 72% (47). Dans notre étude, dans 90,6% des cas, la sage-femme affirme avoir communiqué la ou les indication(s) de l'épisiotomie. Les usagers du système de soins, plus particulièrement les femmes, sont de plus en plus demandeurs d'informations quant aux conséquences des actes qu'ils vont recevoir. Un réel effort a donc été fourni sur ce point puisque 10% seulement sont à gagner. Les professionnels sont globalement en accord avec les désirs des patientes et les obligations professionnelles d'information.

La pratique de l'épisiotomie a connu un réel essor au XXème siècle, au point de devenir quasi-systématique pour l'accouchement de la nullipare, puisque cette dernière semblait exposée à un risque de déchirures périnéales sévères (32). Puis en 2005, les RPC concluent qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une politique libérale de la pratique de l'épisiotomie chez la nullipare (grade B) (46).

Au niveau national, en 2005 d'après le réseau sentinelle AUDIPOG, il y avait en moyenne une épisiotomie dans 68% des cas chez les primipares (22), pour diminuer à 44% en 2010 selon l'enquête de périnatalité (54). De même, Reinbold *et al.* (25), dans leur étude d'évaluation de l'impact des RPC de 2005 sur le taux d'épisiotomies, ont observé une décroissance significative de celui-ci chez la primipare entre 2004 et 2009 (72,3% versus

15,8%). Dans notre étude, la primiparité a été considérée comme indication de l'épisiotomie, dans seulement 7,6% des cas. De plus, ce critère n'a jamais été une indication cotée comme importante par les sages-femmes. Il s'associait toujours à d'autres critères et plus significativement pour un IMC supérieur à 34. C'est ce que prônent les RPC en affirmant qu'il n'y avait pas suffisamment de données montrant que la nulliparité à elle seule était une indication d'épisiotomie systématique (grade B) (46).

Il est précisé, dans les RPC, que le sens clinique de l'accoucheur peut l'amener chaque fois que nécessaire à agrandir l'orifice périnéal afin de tenter d'améliorer les conditions d'un accouchement. Dans notre étude, nous avons remarqué que dans 85% des cas, un ensemble d'indications était retrouvé par épisiotomie. Dans 15% des cas, l'épisiotomie n'avait qu'une seule indication. Il s'agissait principalement du RCF à l'expulsion, mais aussi un antécédent de mutilations sexuelles ou une distance ano-vulvaire estimée à moins de 3 centimètres. Ce dernier critère a été dénombré 3 fois, mais pour deux cas d'entre elles, plusieurs indications étaient retrouvées et ce critère n'était pas considéré comme le plus important. Pourtant, Aytan *et al.* dans un travail descriptif de 2005 (9), ont démontré que la longueur périnéale ≤ 3 centimètres était l'élément prédictif majeur et significatif du risque de lésions sévères du périnée. En effet, l'analyse de la littérature, aboutissant aux RPC de 2005, ne permet de retenir qu'une seule indication de l'épisiotomie systématique. Il s'agit de la brièveté périnéale lorsque la distance ano-vulvaire est inférieure à 3 centimètres.

Concernant les patientes excisées, n'ayant pas de donnée dans la littérature justifiant ou non la réalisation de l'épisiotomie, et sachant que dans ces cas, l'accouchement s'accompagne plus souvent de déchirures périnéales, il reste préférable d'avoir une pratique plus « facile », surtout pour les excisions de grade 2. Nous avons d'ailleurs retrouvé dans notre étude, 3 épisiotomies pratiquées pour mutilations sexuelles.

Concernant les antécédents de déchirures périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degré), Andrews *et al.* (7) ont montré qu'il n'y avait pas de bénéfice à réaliser une épisiotomie prophylactique. Toutefois, Dandolu *et al.* (12) ont montré un risque de récurrence de 5,76% dans une étude concernant 18 888 patientes. Le CNGOF recommande donc de discuter la

voie d'accouchement pour les femmes ayant eu une réparation secondaire du sphincter anal et précise que l'épisiotomie ne protège pas du risque de récurrence (grade B) (46). Dans notre étude, une seule épisiotomie a été pratiquée pour antécédent de périnée complet.

Nous avons pu constater, que dans 2 cas, la durée des efforts expulsifs inférieure à 20 minutes était considérée comme une indication d'épisiotomie. Il est pourtant recommandé d'agir 30 minutes après le début des efforts expulsifs mais l'autre indication, notée la plus importante, était le RCF non rassurant à l'expulsion. Ceci est cohérent avec le fait que, devant un tracé d'expulsion non rassurant, pour réduire ce temps, l'épisiotomie est une indication à retenir (avis d'expert) (46).

Dans la majorité des cas (71,7%), l'épisiotomie a été faite lorsque la tête était au petit couronnement. Cette pratique est recommandée par le CNGOF depuis 2005 : « elle doit être réalisée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction » (accord professionnel) (46).

Pourtant dans les 15 autres cas, l'épisiotomie a été réalisée, à part égale, soit avant le petit couronnement, soit après. Lorsqu'elle a été pratiquée avant le petit couronnement, ce fut principalement pour RCF à l'expulsion non rassurant. Comme précédemment, ceci peut s'expliquer par le fait que devant un RCF non rassurant à l'expulsion, l'épisiotomie permettrait de réduire ce temps. (avis d'expert) (46).

Pour les 8 épisiotomies pratiquées après le petit couronnement, nous avons constaté un lien significatif avec le fait de pratiquer une épisiotomie lorsque le périnée était sur le point de se rompre ($p < 0,05$). Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'il est facilement envisageable de vouloir éviter une déchirure plus importante. Pourtant dans ce cas, les RPC ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie. En effet, dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie multiplie pas trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirure du 3^{ème} degré (grade B) (46).

Tincelo *et al.* ont montré dans leur étude de 2003 que les médecins réalisaient des épisiotomies plus grandes, plus profondes et plus éloignées de la médiane comparativement aux sages-femmes. Cette divergence peut s'expliquer par une différence de pratique puisque les obstétriciens réalisent des extractions instrumentales alors que les sages-femmes des accouchements spontanés (33). Dans notre étude, dans 21% des cas, la sage-femme a dû couper à nouveau pour agrandir l'épisiotomie.

Propositions d'amélioration des pratiques

Le diagramme de Pareto est un outil statistique permettant de dégager des causes sur lesquelles il est possible d'agir pour améliorer les pratiques professionnelles. En effet, il montre que 20 % des causes produisent 80 % des effets. Dans notre étude, nous avons vu que le RCF à l'expulsion, la qualité du périnée, le périnée cicatriciel et le périnée sur le point de se rompre étaient les 4 critères conduisant à la réalisation de 80% des épisiotomies (figure 1).

A la lumière de la littérature en 2005, le CNGOF estime que le taux global d'épisiotomies devrait se situer en dessous de 30% des accouchements par voie basse (46). A la suite des 4 mois de notre enquête, nous avons constaté un taux d'épisiotomie de 37%, sans prendre en compte les accouchements par extraction instrumentale et les grossesses multiples. Ce diagramme nous permet donc de comprendre qu'il faut agir principalement sur ces critères pour améliorer le taux d'épisiotomie et le rendre plus proche des 30% recommandés.

Le principal levier d'action correspond au RCF à l'expulsion. En effet, les RPC de 2005 concluaient que l'épisiotomie libérale n'améliorait pas l'état néonatal par rapport à l'épisiotomie restrictive (grade C) (46). En cas de RCF « non rassurant » pendant l'expulsion, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorait l'état néonatal (46). De même, Woolley a montré dans une revue de la littérature que l'épisiotomie ne protégeait pas le nouveau-né de l'hémorragie intracrânienne ou de l'asphyxie per-partum (38). De plus, à l'expulsion, les pressions intra-utérines sont les plus fortes car contractions et efforts expulsifs s'additionnent. Il y a donc des perturbations dans les échanges gazeux placentaires et le pH fœtal in-utéro chute à chaque poussée maternelle. Selon Melchior, le rythme cardiaque fœtal pendant la période d'expulsion, au cours d'un accouchement normal, est perturbé dans 82 % des cas (50). Pourtant, l'enquête périnatale de 2010 (54) a montré que 7% des nouveau-nés à la naissance avaient un score d'Apgar inférieur à 8 à 1 minute de vie.

La première voie d'action d'amélioration des pratiques pourrait être la diffusion active des résultats auprès de l'équipe. Ce retour d'information actif est plus efficace que l'accès passif aux données de la littérature pour modifier le comportement des professionnels (25).

Certes il est dit que devant un tracé non rassurant, l'épisiotomie est une indication à retenir pour réduire le temps d'expulsion (avis d'expert) (46) mais il serait tout de même intéressant de travailler sur le temps d'expulsion et la lecture du RCF à l'expulsion. Pour ce faire, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, des staff-EPP avec les équipes médico-soignantes permettraient de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (52). Ces staffs associent successivement une revue de dossiers préalablement sélectionnés, une revue bibliographique sélectionnant les meilleures références, une discussion entre professionnels lors d'une réunion puis une définition des actions d'amélioration et de suivi.

Une des voies potentielle d'action et d'amélioration pourrait donc être la répétition de ces audits. Ces méthodes sont largement utilisées et reconnues surtout dans les pays anglo-saxons, afin d'améliorer en continu la qualité des soins (25). Delacroix, dans son étude concernant les sages-femmes hospitalières de Haute-Normandie, a observé que 85,6% des sages-femmes accepteraient de participer à des audits de pratique et 89,9% aimeraient connaître leur propre taux d'épisiotomie.

De même, à la maternité du CHU de Caen, juste après la publication des conclusions du CNGOF en 2005, des leaders d'opinion ont diffusé les RPC à travers des cours et par la distribution de leur texte à chaque membre de l'équipe obstétricale. Ensuite, chacun avait l'obligation de préciser l'indication de l'épisiotomie sur le dossier, puis chaque cas était discuté au staff quotidien. Entre 2004 et 2009, le taux d'épisiotomies a significativement été réduit, passant de 55,7% à 13,3% (25). Le leader d'opinion est une personne qui par sa notoriété et son expertise est susceptible d'influencer les opinions ou actions d'une équipe. Des cours effectués par des leaders d'opinion pour l'équipe obstétricale, permettraient de proposer une action d'amélioration efficace. Ils pourraient, par exemple, aborder les RPC de l'épisiotomie mais aussi faire des rappels sur la lecture du RCF à l'expulsion.

En revanche, il est difficile d'agir directement sur les critères correspondant au périnée. Néanmoins, en diminuant le taux d'épisiotomies réalisées à cause d'un RCF perturbé à l'expulsion, nous agissons indirectement sur les antécédents d'épisiotomie, qui représentent le plus important critère (74%) parmi les différents types de périnée cicatriciel.

Dans notre étude, dans 78% des cas, le périnée de la patiente était considéré comme

tonique. Labrecque *et al.* (19) ont montré que le massage périnéal anténatal ne permettait pas de réduire le taux d'épisiotomie mais, un taux plus important de périnée intact était retrouvé, chez les nullipares ayant bénéficié de ce massage assouplissant. Il reste donc réservé à une population à l'aise avec son propre corps. Le CNGOF précise d'ailleurs que d'autres études seraient nécessaires pour apprécier la réduction du recours à l'épisiotomie (grade B) (46).

Notre hypothèse, qui était de dire que les critères amenant la sage-femme à décider de pratiquer une épisiotomie étaient multiples, est vérifiée. Les principales indications sont le RCF à l'expulsion et les critères concernant le périnée.

CONCLUSION

Le regard porté sur l'épisiotomie a évolué depuis les RPC de 2005. En effet, au niveau national, le taux global d'épisiotomie rapporté aux accouchements par les voies naturelles était de 47% en 2002-2003, selon les données Audipog (20), pour atteindre en 2010, 44,4% chez les primipares et 14,3% chez les multipares selon l'enquête nationale périnatale de 2010 (54).

Concernant l'information délivrée aux patientes, dans notre étude, dans 90,6% des cas, la sage-femme affirme avoir communiqué la ou les indication(s) de l'épisiotomie. Les professionnels sont donc globalement en accord avec les désirs des patientes et les obligations professionnelles d'information.

A la lumière de la littérature, le CNGOF estime que le taux global d'épisiotomies devrait se situer en dessous de 30% des accouchements par voie basse (46). Notre étude nous a permis d'observer que le RCF à l'expulsion, la qualité du périnée, le périnée cicatriciel et le périnée sur le point de se rompre étaient les 4 critères conduisant à la réalisation de 80% des épisiotomies. Par la suite, elle nous a permis de comprendre qu'il fallait agir principalement sur ces critères pour améliorer le taux d'épisiotomie et le rendre proche des 30% recommandés.

Nos résultats ont montré que le principal levier d'action correspondait au RCF à l'expulsion. Pour ce faire, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, des staff-EPP avec les équipes médico-soignantes permettraient de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (52). Une des voies potentielles d'action pourrait donc être la répétition de ces audits, puisque Delacroix, dans son étude concernant les sages-femmes hospitalières de Haute-Normandie, a observé que 85,6% des sages-femmes accepteraient de participer à des audits de pratique (47).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- (1) Czernichow.P, Chaperon.J, Lecontour.x – Epidémiologie. Abrégé connaissance et pratique. – Paris – E.Masson – 2001 – 443pages.
- (2) Lansac.J - Pratique de l'accouchement - Issy les Moulineaux - E.Masson - 2011 - 624pages.
- (3) Lansac.J - Obstétrique - Issy les Moulineaux - E.Masson - 2008 - 497pages.
- (4) Le Gret.N - Périnée et maternité : anatomie, prévention et rééducation - Paris - ELPEA - 1999 - 224 pages.
- (5) Marpeau.L - Traité d'obstétrique - Issy les Moulineaux - E.Masson - 2010 - 657pages.

ARTICLES

- (6) Akrich.M - Le Ciane, un collectif hybride dans le monde de la périnatalité - Revue de médecine périnatale - 2010 - 2 : 197-202.
- (7) Andrews.A, Thakar.R, Sultan.AH – Management of third and fourth degree tears. – “Rev Gynaecol Pract” – 2003 – 3 – 188-95.
- (8) Anthony.S, Buitendijk.SE, Zondervan.KT, Van Rijssel.EJ, Verkerk.PH - Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. - “Br J Obstet Gynaecol” - 1994 - 101p: 1064-7.
- (9) Aytan.H, Tapisiz.OL, Tuncay.G, Avsar.FA – Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. “Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol” – 2005 – 121 – 46-50.
- (10) Borghi.J, Fox-Rushby.J, Bergel.E, Abalos.E, Hutton.G, Carroli.G - The costeffectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. - “Am J Obstet

Gynaecol” - 2002 - 186: 221 8.

- (11) Carolli. G, Belizan.J - Episiotomy for vaginal birth. - “Cochrane Database Syst Rev» - 2000 - 2 : CD000081.
- (12) Dandolu.V, Gaughan.JP, Chatwani.AJ, Harmanli.O, Mabine.B, Hernandez.E – Risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. – “Obstet Gynecol” – 2005 – 105:307-13.
- (13) Dannecker.C, Hillemanns.P, Strauss.A, Hasbargen.U, Hepp.H, Anthuber.C – Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent : randomized controlled trial – “Acta obstet gynecol scand” – 2004 – 83 – 364-8.
- (14) De Tayrac.R, Panel.L, Masson.G, Mares.P – Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales – “Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction” – 2006 – n°35 – pages 24 à 31.
- (15) Eltorkey.MM, Nuaim.MA – Episiotomy, elective or selective : a report of a random allocation trial. – “J Obstet Gynaecol” – 1994 – 14 – 317-20.
- (16) Fitzpatrick.M, McQuillan.K, O’Herlihy.C – Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. - “Obstet Gynecol” – 2001 – 98 – 1027-31.
- (17) Gurewitsch.ED, Donithan.M, Stallings.SP, Moore.PL, Agarwal.S, Allen.LM et al. – Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia : a comparison of outcomes. – « Am J Obstet Gynecol » - 2004 – 191 – 911-6.
- (18) Harrison.RF, Brennan.M, North.PM, Reed.JV, Wickam.EA - Is routine episiotomy necessary ? – « Br Med J » - 1984 – 288 – 1971-5.
- (19) Labrecque.M, Baillargeon.L, Dallaire.M, Trembley.A, Pinault.JJ, Gingras.S - Association between median episiotomy and severe perineal lacerations im primiparous

- women - "CMAJ" - 1997 - 156(6) : 797-802.
- (20) 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 - p. 59 à 67.
- (21) Larsen.U, Okonofua.FE – Female circumcision and obstetric complications. – "Int J Gynaecol Obstet" – 2002 – 77 – 255-65.
- (22) Morin.C – Episiotomie : Recommandations et actualités – « Les dossiers de l'obstétrique » - 2010 – n°391 – pages 3 à 8.
- (23) Parant.O, Monrozies.X – Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. – «Encycl Med Chir » – 1999 – Elsevier – Paris.
- (24) Ponte.C – Sage-femme et formation professionnelle – « vocation sage-femme » - 2012 – n°98 – pages 43 et 44.
- (25) Reinbold.D, Eboue.C, Morello.R, Lamendour.N, Herlicoviez.M, Dreyfus.M – De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie – « Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction » - 2012 – n°41 – pages 62 à 68.
- (26) Riethmuller.D, Courtois.L, Maillet.R – Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? - "Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction" – 2006 – n°35 – pages 32 à 39.
- (27) Riethmuller.D, Khalife.H, Schaal.JP, Maillet.R, Colette.C – La grande extraction du 2^{ème} jumeau : à propos de 56 cas et revues de la littérature. – "Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction" - 1996 – 25 – 94-8.
- (28) Rutsschmann.I - L'épisiotomie de routine est-elle justifiée? - Profession Sage-Femme -

1998 - n°43 - p. 29 à 33.

(29) Samuelsson.E, Ladfors.L, Wennerholm.UB, Gareberg.B, Nyberg.K, Hagberg.H – Anal sphincter tears : prospective study of obstetric risk factors. “Brit J Obstet Gynaecol” – 2000 – 107 – 926-31.

(30) Sleep.J, Grant.A, Garcia.J, Elbourne.D, Spencer.J, Chalmers.I - West Bershire perineal management trial. - “BJM” - 1984 - 289p : 587-90.

(31) Sheiner.E, Levy.A, Walfisch.A, Hallak.M, Mazor.M – Third degree perineal tears in a university medical center where midline episiotomies are not preformed. “Arch Gynecol Obstet” – 2005 – 271 – 307-10.

(32) Steffen.G – L'épisiotomie prophylactique dite de routine est-elle justifiée ? – « Les dossiers de l'obstétrique » - 1991 – n°181.

(33) Tincelo.DG, Williams.A, Fowler.GE, Adams.EJ, Richmond.DH, Alfirevic.Z - Differences in episiotomy technique between midwives and doctors - BJOG - 2003 - 110(12) : 1041-4.

(34) Verspyck.E, Marpeau.L – Quelles modalités préventives particulières faut-il proposer lors d'un accouchement par les voies naturelles ? Recommandations pour la pratique clinique : Mode d'accouchement des enfants de poids inférieur à 2500 grammes. – « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - 1998 – 27(suppl 2) – 311-3.

(35) Verspyck.E, Sentihles.L, Roman.H, Sergent.F, Marpeau.L – L'épisiotomie. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. - “Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction” – 2006 – n°35 – pages 40 à 51.

(36) Weiner.Z, Ben-Shlomo.I, Beck-Fruchter.R, Goldberg.Y, Shalev.E – Clinical and ultrasonographic weight estimation in large for gestational age fetus. – “Eur J Obstet

Gynecol Reprod Biol – 2002 – 105 – 20-4.

(37) Wolley.RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. Part 1&2. “Obstet Gynecol Survey” 1995; 50 : 806-35.

(38) Wolley.RJ – Benefits and risks of episiotomy : a review of the English-language literature since 1980. Part 3. – “Obstet Gynecol Surv” – 1995 – 38 – 821-35.

(39) Youssef.R, Ramalingam.U, Macleod.M, Murphy.DJ – Cohort episiotomy at instrumental vaginal delivery. – « Brit J Obstet Gyneacol » - 2005 – 112 – 941-5.

TEXTES REGLEMENTAIRES

(40) Article L-4153-1 du code de santé publique, relatif à l'obligation de formation continue dans la Loi n°2004-806 du 9 août 2004.

(41) Article 59 de la loi HPST de 2009, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

(42) Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes.

(43) Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

(44) Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 du code de déontologie des sages-femmes.

(45) Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(46) Recommandations pour la Pratique Clinique - Collège national des gynécologues et obstétriciens français - 2005 - L'Episiotomie.

DOCUMENTS NON PUBLIES (mémoire, thèse)

(47) DELACROIX.C – « L'épisiotomie : enquête auprès de 202 sages-femmes de la Haute-Normandie » - Ecole de sage-femme de Rouen – 2008.

(48) DEMANGE.S – « Quand l'obstétrique coupe court à l'épisiotomie » – Ecole de sage-femme de Metz – 2008.

(49) SWIATODYCZ de KISIEL.E – « L'épisiotomie : pratique des professionnels au CHU de Toulouse » – Ecole de Sage-femme de Toulouse – 2008.

SITES INTERNET

(50) [www.aly.abbara.com/livre gyn_obs/termes/bien_etre_foetal/RCF_expulsion.html](http://www.aly.abbara.com/livre_gyn_obs/termes/bien_etre_foetal/RCF_expulsion.html) - Le rythme cardiaque fœtal à l'expulsion – consulté en février 2013.

(51) www.ciane.net – qu'est-ce que le ciane ? – consulté en novembre 2012.

(52) www.has-sante.fr

- Staff-EPP des équipes hospitalières – consulté en mars 2013.

- Informations concernant la santé d'une personne – consulté en novembre 2012.

- Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP – consulté en janvier 2013.

(53) www.legifrance.gouv.fr - droit des personnes malades et des usagers du système de santé – consulté en novembre 2012.

(54) www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf - Enquête nationale périnatale de 2010 – consulté en février 2013.

(55) <http://www.who.int/fr/> - définition de la qualité des soins de l'OMS – consulté en novembre 2012.

ANNEXES

Annexe I : Tableau des niveaux de preuve et des grades des recommandations selon l'ANAES.

CNGOF 2005

Rappel. Tableau des niveaux de preuve et du grade des recommandations selon l'ANAES, par ordre de force décroissante.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 (NP1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>Preuve scientifique établie</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p>Niveau 2 (NP2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>Présomption scientifique</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p>Niveau 3 (NP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins <p>Niveau 4 (NP4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>Faible niveau de preuve</p> <p style="text-align: center;">C</p>
<p>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	

Annexe II : Questionnaire destiné aux sages-femmes

Aux sages-femmes de salle de naissance,

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête sur les critères qui amènent le praticien à décider la pratique d'une épisiotomie.

Le but de ce travail est de faire un état des lieux des indications de l'épisiotomie en 2012, car les recommandations pour la pratique clinique, publiées en 2005, ont modifié les pratiques des sages-femmes.

Pour cela, je réalise un questionnaire.

Vous serait-il possible de le remplir lors :

- d'un accouchement voie basse spontané effectué par un(e) sage-femme accompagné(e) ou non de son étudiant(e)
- avec épisiotomie
- d'un singleton en présentation céphalique
- à un terme supérieur ou égal à 34SA.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci d'avance pour votre intérêt et le temps que vous y accorderez.

Marie-Charlotte Degremont

I. VOTRE PROFIL

1. Depuis combien de temps exercez-vous?

- 0-5ans 6-10ans 11-15ans 16-20ans > 20ans

II. L'ÉPISIOTOMIE : Quelle(s) était(ent) pour vous l'(les) indication(s) de cette épisiotomie?

2. L'IMC ? oui non

- Si oui : 25-29 30-34 35-39 ≥ 40

3. La prise de poids ? oui non

- Si oui (en kg) : 0-5 6-10 11-15 16-20 > 20

4. Le phototype de la patiente ? oui non

- Si oui (type de peau) : blanche mate noire

5. L'estimation de poids foetal ? oui non

- Si oui (en percentile): < 3^{ème} 3-10^{ème} 90-97^{ème} > 97^{ème}

6. L'âge maternel ? oui non

- Si oui : < 20ans 20-30ans 31-40ans > 40ans

7. L'âge gestationnel ? oui non

- Si oui : 34-36 37-40 ≥ 41SA

8. L'APD ? oui non

9. La primiparité ? oui non

10. La durée des EE ? oui non

Si oui : ≤ 5 min 6-20 min 21-30 min > 30min

11. Le périnée cicatriciel ? oui non

Si oui (antécédent de) : (plusieurs réponses possibles)

de déchirure d'épisiotomie de périnée complet

de mutilations sexuelles fistule/abcès périnéaux

12. La distance ano-vulvaire ? oui non

Si oui, à combien de centimètres a-t-elle été estimée ?

< 3cm entre 3 et 5cm 5cm

13. Le RCF dans l'heure qui précède l'expulsion ? oui non

Si oui (problème de) : variabilité réactivité

ralentissements si oui, étaient-ils ? :

précoces tardifs variables prolongés

14. Le rythme cardiaque fœtal à l'expulsion ? oui non

Si oui (Melchior) : 0 1 2 3 4

15. L'impression de mauvaise poussée ? oui non

16. La qualité du périnée ? oui non

Si oui, est-il ? tonique œdédié friable infiltré

17. Le périnée sur le point de se rompre ? oui non

18. La présentation dystocique ? oui non

Si oui : face bregma OS

19. Dans le cas précis de cette épisiotomie, cochez vos indications en les numérotant par ordre d'importance, la n°1 étant la plus importante (3 réponses au maximum)

	L'IMC
	La prise de poids
	Le phototype
	L'APD
	L'Estimation de poids fœtal
	L'âge gestationnel
	L'âge maternel
	La primiparité
	Le périnée cicatriciel
	La distance ano-vulvaire
	La qualité du périnée
	Le RCF au moment de l'expulsion
	Le RCF dans l'heure précédant l'expulsion
	La présentation dystocique
	Le périnée sur le point de se rompre
	L'impression de mauvaise poussée
	La durée des efforts expulsifs

26. La patiente avait-elle fait un projet de naissance ? oui non

Si oui, contenait-il une précision sur l'épisiotomie ? oui non

Si oui, laquelle ? ne pas la pratiquer uniquement si besoin

systématiquement

27. Avez-vous donné des informations sur la(les) indication(s) de cette épisiotomie ?

oui non

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION