



HAL
open science

Le recours à l'épisiotomie : déterminants de la pratique des sages-femmes. Étude à la maternité de Port-Royal

Julie Iaconelli

► **To cite this version:**

Julie Iaconelli. Le recours à l'épisiotomie : déterminants de la pratique des sages-femmes. Étude à la maternité de Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01057498

HAL Id: dumas-01057498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01057498>

Submitted on 22 Aug 2014

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.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **29 avril 2014**

par

Julie IACONELLI

Née le 08 juin 1990

**Le recours à l'épisiotomie : déterminants de
la pratique des sages-femmes**

Etude à la maternité de Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme CAUBIT Lucile

Sage-femme chargée de l'évaluation, maternité
Port Royal

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme ATINE Myriam

Sage-femme enseignante

JURY :

Dr BLANC

Représentant du directeur technique d'enseignement

Mme SAUVAGE

Cadre sage-femme

Mme BRAHA

Sage-femme

Mme ATINE Myriam

Sage-femme enseignante, co-directrice du mémoire

Mme VEROT Christèle

Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes

Mémoire N° 2014PA05MA21

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidé à l'aboutissement et à la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à Madame Lucile Caubit, sage-femme dans la maternité de Port Royal, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son aide lors du recueil de données, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et ses encouragements.

Un grand merci à Madame Myriam Atine, sage-femme enseignante et co-directrice de ce mémoire, pour ses avis, ses observations, ses fabuleux conseils et ses corrections qui m'ont été d'une grande aide.

Un grand merci à ma famille pour leur soutien, leur conseil, leur relecture de ce mémoire, pour m'avoir encouragée pendant toutes ces années d'études et pour continuer de croire en moi.

Et enfin, un grand merci à mes amis qui m'ont aidée, secourue, secondée, encouragée, réconfortée pendant toutes ces années dans l'aboutissement de ce mémoire et surtout dans l'épanouissement de ma future profession.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	III
Liste des annexes	IV
Lexique	V
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	3
1.1 Histoire de l'épisiotomie	3
1.2 La technique	6
1.2.1 <i>Rappels anatomiques : le périnée pendant l'expulsion</i>	6
1.2.2 <i>Les différents types d'incisions</i>	8
1.2.2.1 Préparation.....	8
1.2.2.2 Indications.....	9
1.2.2.3 Circonstances de réalisation	10
1.2.2.4 Épisiotomie médiane	10
1.2.2.5 Épisiotomie médio-latérale	11
1.3 Les recommandations du CGONF	12
1.3.1 <i>Les anciennes recommandations de 1998</i>	12
1.3.2 <i>Les nouvelles recommandations de 2005</i>	13
1.4 L'épidémiologie de l'épisiotomie en France.....	13
1.5 L'épisiotomie et les usagers	17
1.5.1 <i>Les demandes des usagers</i>	17
1.5.2 <i>Les formations et les pratiques des Sages-Femmes</i>	18
Deuxième partie Cadre contextuel et méthodologie	20
2.1 Problématique	20
2.2 Hypothèses de recherche.....	20
2.3 Objectifs	21
2.4 Choix et présentation de l'étude	21
2.4.1 <i>Recrutement de la population</i>	21
2.4.2 <i>Stratégie d'analyse</i>	22
Troisième partie Résultats de l'étude	24
3.1 Description de la population.....	24
3.1.1 <i>Caractéristiques maternelles</i>	25
3.1.1.1 <i>Caractéristiques générales</i>	25

3.1.1.2 Antécédents obstétricaux	27
3.1.1.3 Caractéristiques de la grossesse	28
3.1.2 <i>Caractéristiques du déroulement du travail et de la naissance</i>	29
3.1.2.1 Travail.....	29
3.1.2.2 Accouchement	31
3.1.3 <i>Caractéristiques fœtales et néonatales</i>	33
3.1.3.1 Caractéristiques fœtales	33
3.1.3.2 Caractéristiques néonatales.....	34
3.2 Influence de la suspicion de macrosomie, de la présence des ARCF et de la DEE dans le recours à l'épisiotomie	35
3.2.1 <i>Suspicion de la macrosomie</i>	35
3.2.1.1 Caractéristiques maternelles	36
3.2.1.2 Caractéristiques de la grossesse.....	37
3.2.1.3 Caractéristiques du travail	38
3.2.1.4 Caractéristiques de l'accouchement	39
3.2.1.5 Caractéristiques néonatales.....	40
3.2.2 <i>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</i>	40
3.2.2.1 Caractéristiques du travail	41
3.2.2.2 Caractéristiques de l'accouchement	42
3.2.2.3 Caractéristiques néonatales.....	43
3.2.3 <i>Durée des efforts expulsifs</i>	43
3.2.3.1 Durée des efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes	44
3.2.3.1.1 Caractéristiques maternelles	44
3.2.3.1.2 Caractéristiques du travail	45
3.2.3.1.3 Caractéristiques de l'accouchement	46
3.2.3.1.4 Caractéristiques néonatales	47
3.2.3.2 Durée des efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes.....	48
3.2.3.2.1 Caractéristiques maternelles	48
3.2.3.2.2 Caractéristiques du travail	49
3.2.3.2.3 Caractéristiques de l'accouchement	50
3.2.3.2.4 Caractéristiques néonatales	51
Quatrième partie Analyse et Discussion	53
4.1 Discussion de la méthode	53
4.1.1 <i>Forces</i>	53
4.1.2 <i>Limites et biais</i>	53
4.2 Discussion des résultats.....	54
4.2.1 <i>Les déterminants conditionnant l'épisiotomie</i>	54
4.2.1.1 L'âge maternel	55
4.2.1.2 Les antécédents périnéaux.....	55

4.2.1.3 Les antécédents de césarienne	56
4.2.2.4 La hauteur de la présentation	57
4.2.1.5 Les efforts expulsifs	58
4.2.1.6 L'état néonatal entre 25 et 35 minutes d'efforts expulsifs	60
4.2.2 Les tendances conditionnant l'épisiotomie	61
4.2.2.1 L'origine géographique maternelle	61
4.2.2.2 L'Indice de Masse Corporelle.....	62
4.2.2.3 La hauteur utérine supérieure au terme.....	63
4.2.2.4 La présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal	64
4.2.3 Déterminants de l'épisiotomie non analysables dans l'étude	66
4.2.3.1 Mutilation sexuelle, excision.....	66
4.2.3.2 Déterminants anténataux.....	66
4.2.3.2.1 Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).....	66
4.2.3.2.2 Massage périnéal en anténatal	67
4.2.3.3 Déterminants per-natals	68
4.2.3.3.1 Variétés de présentation	68
4.2.3.3.2 Positions d'accouchement.....	68
4.2.3.3.3 Massage périnéal pendant le travail	69
4.2.3.3.4 Application de compresses chaudes	70
4.2.3.3.4 L'expertise clinique de la sage-femme.....	70
Cinquième partie Propositions	72
5.1 Communication	72
5.2 Exercice clinique	73
5.3 Pratiques professionnelles	73
5.4 Évaluation et recherche	74
Conclusion.....	76
Bibliographie	78
Annexes.....	84

Liste des tableaux

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des épisiotomies médianes et médio-latérales (15)	12
Tableau 2 : Evolution du taux d'épisiotomie en France depuis 1994 (taux global et selon la parité, rapporté aux accouchements par voie basse). Source Réseau Sentinelle AUDIPOG (26)	14
Tableau 3 : Caractéristiques générales maternelles	25
Tableau 4 : Antécédents obstétricaux	27
Tableau 5 : Devenir du périnée en cas d'antécédent d'épisiotomie	28
Tableau 6 : Caractéristiques de la grossesse	28
Tableau 7 : Caractéristiques du travail	29
Tableau 8 : Caractéristiques de l'accouchement	31
Tableau 9 : Caractéristiques fœtales	33
Tableau 10 : Caractéristiques néonatales	34
Tableau 11 : Caractéristiques maternelles ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme	36
Tableau 12 : Caractéristiques de la grossesse ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme	37
Tableau 13 : Caractéristiques du travail ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme	38
Tableau 14 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme	39
Tableau 15 : Caractéristiques néonatales ajustées aux hauteurs utérines supérieures au terme	40
Tableau 16 : Caractéristiques du travail ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs	41
Tableau 17 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs	42
Tableau 18 : Caractéristiques néonatales ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs	43
Tableau 19 : Caractéristiques maternelles et du travail ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes	45
Tableau 20 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes	46
Tableau 21 : Caractéristiques néonatales ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes	47

Tableau 22 : Caractéristiques du travail ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes	49
Tableau 23 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes	50
Tableau 24 : Caractéristiques néonatales ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes	51
Tableau 25 : Variation du taux d'épisiotomie selon les données socio-démographique des parturientes (26).	85
Tableau 26 : Variation du taux d'épisiotomie selon les données obstétricales des parturientes (26).	85
Tableau 27 : Variation du taux d'épisiotomie selon les caractéristiques des maternités de France (26).	86

Liste des figures

Figure 1 : Schéma du périnée féminin	7
Figure 2 : Ampliation obstétricale de la vulve, du périnée, des muscles pubo-vaginal et pubo-rectal (vue périnéale)	7
Figure 3 : Evolution du taux d'épisiotomie sur les accouchements voies basses depuis 2001	16
Figure 4: Diagramme des flux de patiente de l'étude	23
Figure 5: Répartition de la parité entre les deux groupes	24
Figure 6 : Caractéristiques maternelles ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes	44
Figure 7 : Caractéristiques maternelles ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes	48

Liste des annexes

Annexe I : taux d'épisiotomie selon différentes données avec les tableaux AUDIPOG de 1994 à 2007	85
--	----

Lexique

ARCF	Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal
APD	Analgésie PériDural
AUDIPOG	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
AFAR	Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BIP	diamètre BIPariétal
BNH	Bloc des Nerf Honteux
CIANE	Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
CNGOF	Collège National des Gynécologue Obstétricien Français
DEE	Durée des Efforts Expulsifs
DPC	Développement Professionnel Continu
ELD	Episiotomie Latérale Droite
EPF	Estimation de Poids Foetal
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
HU	Hauteur Utérine
IMC	Indice de Masse Corporelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	Occipito-Pubien
OS	Occipito-Sacré
PC	Présentation Céphalique
PCA	Pompe à morphine
PN	Poids de Naissance
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique

Introduction

L'épisiotomie ou périnéotomie est l'intervention obstétricale la plus pratiquée dans le monde. Il s'agit d'une incision chirurgicale du périnée en partant de la commissure de la fourchette vulvaire soit médio-latérale vers les ischions, soit médiane vers l'anus (« épisio- » préfixe grec relatif à la vulve ; « -tomie » préfixe grec relatif à la section).

Décrite pour la première fois en 1742, elle a été le précurseur de beaucoup d'autres techniques d'incision périnéale. Son utilisation devient systématique au début du vingtième siècle chez la nullipare. Cependant, dans les années 1980, de nouvelles études ne démontrant pas l'existence de ses bénéfices supposés remettent en question tous les fondements d'une politique libérale de l'épisiotomie. Parallèlement à cette révision, les usagères ont vu leur droit reconnu et affirmés par la loi du 4 mars 2002. La démocratisation de l'accès à l'information médicale par les médias et surtout via internet a changé de façon importante l'expression de leurs attentes vis à vis des acteurs de santé. L'obligation de délivrance d'une information claire, loyale et appropriée a été affirmée par le législateur modifiant alors les pratiques communément admises par les acteurs de santé notamment sur la justification de leurs pratiques professionnelles.

Dans ce contexte, en 2005, les premières Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sur l'épisiotomie dénoncent une pratique libérale. La pratique de l'épisiotomie est laissée à l'expertise clinique de l'accoucheur et donc principalement de la sage-femme en cas d'accouchement spontané.

La réalisation de l'épisiotomie et de sa suture étant une compétence des sages-femmes, il a semblé pertinent de nous interroger sur cette pratique afin d'appréhender au mieux l'épisiotomie auprès des parturientes qui affirment leur volonté d'être actrices de leur prise en charge en recherchant de plus en plus une démedicalisation. Plus qu'une évaluation générale du taux d'épisiotomie nous avons cherché à savoir s'il existait des déterminants liés à la grossesse mais aussi lié au déroulement du travail, qui seraient associés à la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes.

La présentation de l'Histoire de l'épisiotomie et de sa technique nous permettra d'effectuer une revue de la littérature mettant en relief l'évolution des recommandations professionnelles et des données épidémiologiques. Puis, l'exposé de l'opinion des usagers sur l'épisiotomie, précisera le contexte de notre problématique de recherche.

Nous présenterons par la suite notre étude dont le but est de vérifier l'existence de déterminants de la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes.

Enfin, nous discuterons nos résultats et les confronterons aux données de la littérature afin d'émettre des propositions et des axes d'amélioration de cette pratique.

Première partie

Cadre conceptuel

1.1 Histoire de l'épisiotomie

L'histoire de l'épisiotomie se décrit en trois grandes ères avec d'une part la création de la technique et ses dérivées de 1742 aux années 1920, d'autre part l'émergence de l'épisiotomie et sa conduite systématique chez les nullipares des années 1920 aux années 2000 et finalement la remise en question des bénéfices prédictifs de ce geste avec une pratique de plus en plus restrictive des années 2000 à nos jours.

L'épisiotomie est décrite pour la première fois en 1742 par une sage-femme, Sir Felding Ould, au Rotunda Hospital de Dublin comme étant "an incision made towards the anus with a pair crooked probe-sizar; introducing one blade between the head and vagina, as far as shall be thought necessary for the present purpose"(1) (*Une incision vers l'anus avec une paire de ciseaux courbés en introduisant une des lames entre la tête et le vagin, aussi loin qu'elle sera jugée nécessaire*). Elle est réalisée dans un cadre exceptionnel notamment pour faciliter l'expulsion des accouchements difficiles. A l'époque, sa réfection n'est pas effectuée afin de limiter les risques infectieux occasionnés par la suture et faciliter les accouchements ultérieurs. Elle a ainsi été associée à de nombreux bénéfices et s'est au fur à mesure généralisée (2). Avant toute incision, certains précurseurs ont essayé plusieurs méthodes pour éviter les déchirures vaginales. Notamment en 1776, Harrie (3) décrit l'importance d'utilisation de lubrifiant avec un saindoux de porc frais qu'il faut associer à un contrôle important de la tête fœtale. Comme pour les premières incisions, les déchirures vaginales sont laissées telles quelles (en raison du manque d'hygiène et de l'absence du développement des techniques de suture) avec pour seule consigne un allongement prolongé voire parfois l'attachement des jambes entre elles (4). A partir de là, d'autres techniques d'incision sont décrites pour prévenir les lésions graves du périnée. En 1820, Ritgen (5) propose une technique d'incisions vaginales superficielles radiales de 7 petites entailles de chaque côté du vagin semblables à des scarifications. Quelques années plus tard, Tarnier propose la réalisation de deux incisions latérales de part et d'autre de l'orifice vaginal (en parallèle de ses travaux sur le forceps). En 1847, Dubois est le premier à proposer une technique d'incision médio-latérale en France (2,4,5). Et en 1851, Taliaferro de Virginie, ignorant que

cette incision n'avait jamais été pratiquée auparavant, effectuée la première épisiotomie aux États-Unis (6). Le terme « épisiotomie » n'est attribué à cette technique qu'en 1857 par Carl Braun, correspondant alors à l'incision de la vulve ou des organes génitaux externes. L'épisiotomie devient donc peu à peu le synonyme de l'incision du périnée (2,4). Une utilisation plus libérale de l'épisiotomie se développe dès 1870.

En 1895, Stahl (7) défend à Chicago la pratique de l'épisiotomie de routine, convaincu qu'à la différence des déchirures, l'épisiotomie permet la restauration du périnée dans son intégralité après réfection. A cette époque, l'épisiotomie est encore peu pratiquée en partie parce que l'anesthésie n'est pas disponible et que les taux d'infection sont si élevés que cette intervention chirurgicale est considérée comme trop contraignante. De plus, cette pratique contredit la théorie dominante selon laquelle un accouchement et le fonctionnement du périnée sont physiologiques et ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale (8).

La pratique de l'épisiotomie en prophylaxie se généralise réellement à partir des années 1920 suite à la publication de Delee (9) et Pomeroy (10). En effet, Delee préconise en 1915 l'incision médio-latérale pour relâcher la tension du périnée lors de l'expulsion et pour accélérer cette deuxième phase de travail dans l'intérêt de l'enfant. Il a ainsi déclaré que cela permet de préserver l'intégralité du plancher pelvien, de prévenir les prolapsus et également de prévenir la rupture des cloisons vésico-vaginales. Sur ces faits, il insiste pour que l'accouchement par forceps et l'épisiotomie s'effectuent de manière systématique chez les nullipares pour sauver le fœtus et réduire les lésions du cerveau dues à l'anoxie fœtale. Toujours selon ses dires, cette incision permet de restaurer l'anatomie du vagin et la musculature pelvienne du pre-partum. Pomeroy, en 1918, va jusqu'à recommander l'incision et la réfection pour chaque primipare mais également pour la majorité des multipares car l'ancienne cicatrice a tendance à se rompre (2, 4, 8, 10).

Au début du XXe siècle, les taux élevés de morbidité et de mortalité chez la mère et le nouveau-né conduisent à penser que la naissance est un événement potentiellement mortel et que les mères ont besoin de toute l'aide nécessaire pour faciliter cette épreuve. Malgré l'absence de preuves scientifiques, la grande médicalisation de l'accouchement (qui ne se fait plus à domicile mais en milieu hospitalier) et les hypothèses dans les publications de Delee et Pomeroy peuvent expliquer la généralisation du recours à l'épisiotomie à tel point qu'elle devient

systematique pour certain praticien chez la primipare. On assiste alors à une pratique libérale de l'épisiotomie.

Les avantages supposés de l'épisiotomie pour la mère sont alors la protection du sphincter anal contre les déchirures (par la section de l'anneau vulvaire et du faisceau pubo-rectal du muscle releveur de l'anus qui désunit l'appareil sphinctérien anal du périnée antérieur) et la prévention des troubles de la statique pelvienne (par réduction de la tension au niveau de l'orifice vulvaire qui permet une protection des zones moins élastiques telles que les régions para-clitoridienne et para-urétrale) (2).

Les avantages supposés de l'épisiotomie pour le fœtus sont la limitation du risque d'acidose fœtale (en écourtant la phase d'expulsion en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal), une aide pour les manœuvres obstétricales et les extractions instrumentales ainsi que la réduction des risques de traumatisme (notamment pour les fœtus hypotrophes ou prématurés) (2).

Dans les années 1980, les études scientifiques probantes sont petit à petit remplacées par les études d'observations simples. Certains obstétriciens commencent à s'interroger sur les avantages de l'épisiotomie, profondément ancrés dans l'enseignement obstétrical. A partir de 1983, une première revue de la littérature de Thacker et Banta (6) remet en question les bénéfices et les risques de la réalisation de ce geste en remarquant qu'aucune étude rigoureuse n'a été réalisée. Ils constatent que la prétendue utilité de cette pratique n'est donc pas prouvée scientifiquement. Suite à cette revue et au développement de la médecine basée sur le niveau de preuve, d'autres publications remettent conjointement en doute le recours systématique, les bénéfices supposés et les risques réels de cette pratique. Mais ce n'est qu'en 1995, que Woolley (12) publie un réquisitoire structuré contre l'utilisation répandue de l'épisiotomie. En effet, il ne constate aucun avantage au recours à l'épisiotomie, qu'elle soit médiane ou médio-latérale. Il montre dans son étude que l'épisiotomie médiane est un facteur de risque important pour une déchirure périnéale sévère (3^e et 4^e degré) et que l'épisiotomie médio-latérale, bien qu'elle soit moins à risque de se prolonger par une déchirure sévère, provoque des douleurs plus vives du post-partum, des dyspareunies et des problèmes de cicatrisation plus importants. Les études sur l'incontinence urinaire ne montrent aucune différence significative entre les patientes avec ou sans épisiotomie. Aucune étude ne révèle une différence de trouble de la statique du plancher pelvien entre les

patientes avec ou sans épisiotomie. Et enfin, il n'y a aucune preuve que l'épisiotomie réduit le risque d'hémorragie intra-ventriculaire ou l'asphyxie du nouveau-né. Il indique néanmoins que sans épisiotomie, il y a clairement plus de lacérations labiales antérieures, péri-clitoridiennes et péri-urétrales (4).

Depuis, de nombreuses études concernant l'épisiotomie remettent en doute les préceptes des anciens obstétriciens (4).

Il a fallu attendre 2005 pour qu'en France, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) (13) publie des recommandations pour la pratique clinique relative à l'épisiotomie (après demande des associations féministes d'usagers pour la réduction de la pratique de l'épisiotomie telles que l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté et le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance). Cela a permis de mettre « fin » à une politique libérale de l'épisiotomie et ainsi de pratiquer cet acte de manière plus restrictive grâce à des indications réelles appuyées sur des preuves scientifiques.

1.2 La technique

1.2.1 Rappels anatomiques : le périnée pendant l'expulsion

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus. L'association des contractions utérines et des efforts expulsifs abdominaux permet à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit alors une ampliation.

Dans le cas où la présentation est idéalement positionnée (occipito-pubienne et bien fléchie), elle met en tension le périnée postérieur. Lors de cette ampliation, deux phases peuvent être distinguées : la phase ano-coccygienne et la phase ano-vulvaire.

Lors de la phase ano-coccygienne, la présentation refoule en dehors la partie externe des releveurs de l'anus lors de la descente, repousse vers le bas le muscle pubo-rectal qui prend place dans le périnée, et repousse en arrière la cloison recto-vaginale et le rectum. Il y a donc un étirement du périnée antérieur. Le rectum se positionne contre le sacrum. Le coccyx est ainsi lentement rejeté en arrière entraînant un étirement du ligament ano-coccygien.

Au moment de la phase ano-vulvaire, la présentation étire le centre tendineux du périnée créant ainsi un bombement de la région ano-vulvaire et un allongement de la

distance ano-vulvaire. L'anus va alors se distendre de manière circulaire, et la muqueuse rectale devient visible dans sa face antérieure. Le périnée continue à s'amincir sous la pression (2, 14,15).

Lorsque la présentation est en occipito-sacré, la déflexion se fait autour de la commissure postérieure de la vulve et le périnée est alors surdistendu. Le périnée postérieur est particulièrement sollicité et menacé par la tête fœtale.

Figure 1 : Schéma du périnée féminin

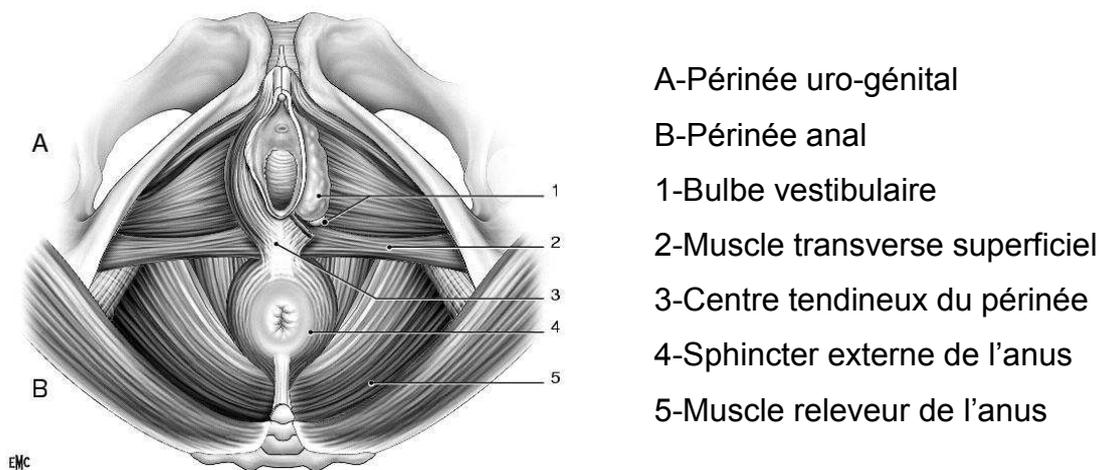
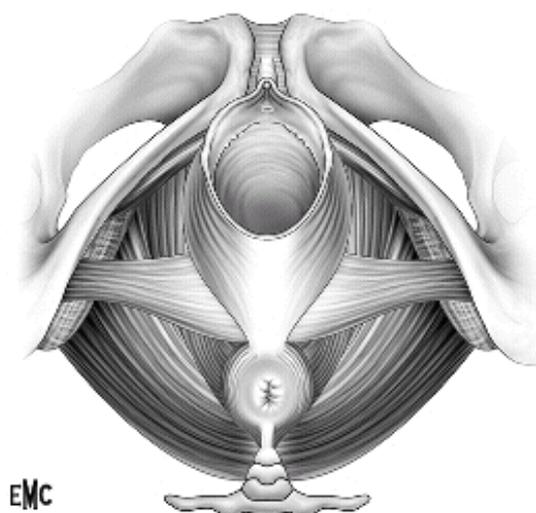


Figure 2 : Ampliation obstétricale de la vulve, du périnée, des muscles pubo-vaginal et pubo-rectal (vue périnéale)



Les conséquences immédiates de l'expulsion sur le périnée sont un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec une élongation du sphincter urétral, une désolidarisation inter-viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston,

et la formation de lésions neurologiques avec l'élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien (surtout pubo-rectal et sphincter externe). Les lésions nerveuses seraient à l'origine de l'incontinence urinaire et anale du post partum (2, 14,15).

1.2.2 Les différents types d'incisions

De nos jours, deux formes d'épisiotomie sont réalisées : médiane (principalement effectuée aux Etats-Unis) et médio-latérale ou latérale droite (préférence en France et recommandée par le CNGOF).

1.2.2.1 Préparation

Avant de réaliser ce geste chirurgical, il nécessite le respect des règles d'asepsie et l'utilisation d'un matériel conditionné spécifique afin de limiter les risques d'infection. Le matériel essentiel à la réalisation de cet acte est une paire de ciseaux droits ou angulés pour épisiotomie, deux pinces à hémostase, une dizaine de compresses stériles et le matériel pour clamber le cordon, le tout posé sur un champ stérile. La personne réalisant l'épisiotomie doit donc porter un masque et des gants stériles après un lavage chirurgical des mains. Une tonte du périnée peut être effectuée et doit être préférée au rasage (il peut être source d'inconfort et de surinfection locale en provoquant des érosions cutanées). Le périnée doit être soigneusement lavé à l'eau stérile avant d'être largement badigeonné avec une solution antiseptique. Une fois le geste réalisé, la paire de ciseaux utilisée doit immédiatement être mise de côté pour une décontamination et ne doit pas servir pour un autre geste comme la section du cordon (16,17).

Il est fortement recommandé de recourir à une méthode anesthésique telle que l'analgésie péridurale (faite en début de travail) ou par une anesthésie locale à la Xylocaine non adrénalinée 1% (sur le trajet de l'épisiotomie ou par bloc pudendal). Cette anesthésie sert pour le geste en lui-même mais également pour sa réfection. Pour la suture, une réinjection est généralement nécessaire sous la peau, la jonction hyménéale et le plan musculaire (2,17).

En effet, la douleur induite par l'épisiotomie est souvent sous-estimée et devrait être mieux évaluée. L'intensité de la douleur et les méthodes analgésiques proposées ont très peu été étudiées. Toutefois une courte étude descriptive récente prouve que

l'anesthésie locorégionale est préférable à une anesthésie locale car plus significativement efficace (18).

1.2.2.2 Indications

Depuis les années 80, de nombreux auteurs se sont intéressés à la comparaison de deux politiques opposées : une pratique libérale de l'épisiotomie (réalisation de routine pour la prévention des lésions périnéales) et une pratique restrictive de l'épisiotomie (réalisation sur indication maternelle ou fœtale). Les indications de ce geste sont extrêmement variables. Il reste néanmoins classique d'effectuer des épisiotomies notamment pour les manœuvres obstétricales, la macrosomie présumée, les extractions instrumentales, les présentations dystociques, la gemellité, les périnées à risque et pour le fœtus, une suspicion d'asphyxie per-partum (15).

Concernant le fœtus, la revue de la littérature de Woolley (12) démontrait que la diminution des efforts expulsifs par réalisation d'une épisiotomie pour réduire le risque d'asphyxie per-partum n'améliorait pas l'état néonatal. De plus, les RPC de 1998 sur les modalités de naissance des enfants de faible poids concluaient à l'absence de bénéfice de la pratique de l'épisiotomie libérale. Toutefois, les RPC de 2005 sont en faveur de l'épisiotomie pour réduire ce temps d'expulsion en cas de suspicion d'asphyxie per-partum (avis d'expert) (19).

Pour les manœuvres obstétricales, la macrosomie, les présentations dystociques et la primiparité, les RPC de 2005 concluaient en l'absence de preuves suffisantes pour recommander ou non la pratique de l'épisiotomie systématique (19).

A propos des périnées à risques, la seule indication à l'épisiotomie est lorsque la longueur périnéale est minime (on parle aussi de brièveté périnéale), c'est-à-dire une distance fourchette-centre de l'anus inférieure à 3cm. Pour les périnées cicatriciels, le taux de récurrence de lésions périnéales sévères notamment en cas de périnée de haut degré, oriente plutôt vers une discussion de voie d'accouchement (l'épisiotomie ne protégeant pas du risque de récurrence) (19).

Au sujet des extractions instrumentales, les RPC de 2005 concluent que les conditions et l'indication même d'un accouchement assisté peuvent nécessiter cliniquement une épisiotomie dans de nombreux cas. Toutefois, elles soulignent aussi qu'une pratique systématique n'est pas justifiée et augmente même le risque de lésions périnéales sévères (19).

En conclusion, les études effectuées depuis ces dernières années montrent donc que l'épisiotomie ne doit pas être un geste systématique mais peut être réalisé selon l'appréciation clinique de l'accoucheur (2,13,17,19).

1.2.2.3 Circonstances de réalisation

Il est généralement conseillé de pratiquer impérativement une épisiotomie lorsque le périnée est sur le point de se rompre pour éviter une déchirure quasi certaine voire parfois compliquée du sphincter anal. Le périnée est considéré comme sur le point de se rompre lorsqu'il blanchit et devient particulièrement mince. Plusieurs études ont montré qu'une épisiotomie de « rattrapage » (lorsque le périnée est sur le point de se rompre et est distendu) ne permet pas de prévenir les déchirures sphinctériennes ni de préserver la statique pelvienne (20,21).

Toutefois, une étude randomisée et contrôlée (comparant l'état du périnée suivant la pratique libérale ou la pratique restrictive d'une épisiotomie de deux groupes de primipares face à un périnée sur le point de se rompre) montre dans le groupe d'épisiotomie restrictive : un taux d'épisiotomie significativement réduit de moitié sans augmentation du taux de déchirure du troisième degré, un pourcentage de périnée intact ou de déchirure du premier degré significativement trois fois plus élevé, et une réduction des plaintes douloureuses (au repos, en position assise, à la marche ou à la défécation) (17,20).

Le moment idéal de la réalisation de l'épisiotomie n'est donc pas clairement défini.

Il est dit qu'elle est idéalement réalisée au petit couronnement lorsque l'anus est légèrement dilaté (3cm environ) et au moment d'un effort expulsif ou d'une contraction (accord professionnel) (19). Le périnée est dit amplié et le faisceau pubo-rectal devient alors très superficiel.

Une épisiotomie trop précoce est plus hémorragique et peut sectionner incomplètement le muscle pubo-rectal qui ne serait pas encore suffisamment distendu et déporté vers l'avant et le haut (accord professionnel). Et une épisiotomie trop tardive ne protège pas des lésions voulant être évitée par ce geste (2, 14, 15,17).

1.2.2.4 Episiotomie médiane

L'incision est réalisée par une paire de ciseaux droits ou un bistouri sur 4 cm de long partant de la fourchette vulvaire pour s'orienter verticalement vers l'anus. Elle

sectionne donc le noyau fibreux central du périnée à partir de la fourchette vulvaire vers le bas et sépare ainsi les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian.

Les avantages de l'épisiotomie sont : une réparation plus aisée, peu d'hémorragies, de bons résultats anatomiques à distance, et une réduction de la présence de dyspareunies (22).

Les inconvénients de cette section sont que le raphé médian crée une zone de faiblesse avec le risque de s'étendre vers l'anus et de provoquer une rupture du sphincter anal. L'atteinte du sphincter anal est retrouvée dans 20% des cas (23). On souligne également l'augmentation du taux de fistule vésico-vaginales à distance (17).

1.2.2.5 Episiotomie médio-latérale

Elle est traditionnellement réalisée à droite par commodité (les opérateurs sont généralement droitiers). Elle nécessite l'utilisation d'une paire de ciseaux droits, une lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve et l'autre lame en dehors. L'index et le médius de la main gauche sont généralement glissés entre la présentation et le périnée pour servir de guide et protéger le fœtus. Ceux-ci sont placés ouverts de part et d'autre du périnée et appuient en arrière de la fourchette. L'incision doit être franche en partant de la partie médiane de la fourchette vulvaire pour ne pas blesser le canal de la glande de Bartholin. La direction est latérale en dehors avec un angle environnant les 45° par rapport à la verticale vers la région ischiatique, sur 6cm de long en moyenne pour obtenir un agrandissant suffisant de l'anneau vulvaire. Il a été estimé que, pour obtenir une ouverture vulvaire identique à celle d'une épisiotomie médiane de 4cm, il faut recourir à une épisiotomie médio-latérale de 6cm au moins (24). Elle coupe (du dehors en dedans) la peau, le vagin et les muscles bulbo-caverneux, le transverse superficiel et le muscle pubo-rectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus dans sa totalité.

Cependant, elle est généralement mal réalisée en pratique clinique : elle est soit trop courte ou soit trop verticale. Sa réalisation doit être effectuée en un geste ou deux si nécessaire (2,17). Un trait de refend peut ainsi se constituer vers l'anus en suivant les forces de traction de la partie restante du muscle releveur de l'anus (17).

Les avantages de cette technique sont que contrairement à l'épisiotomie médiane, le risque d'atteinte sphinctérienne est diminué.

Les inconvénients de cette incision sont multiples : l'épisiotomie médio-latérale s'accompagne de douleurs post-opératoires plus importantes, elle est plus complexe à réparer et est souvent hémorragique (15).

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des épisiotomies médianes et médio-latérales (15)

Episiotomie	Médiane	Médio-latérale
Avantages	Facile à réaliser Peu hémorragique Peu douloureuse Facile à réparer	Protège le sphincter anal en évitant une expulsion trop brutale
Inconvénients	Risque de déflexion précoce de la tête D'où risque de complications par lésion du sphincter anal	Incision de 3 plans anatomiques Plus hémorragique Plus douloureuse Plus difficile à réparer

1.3 Les recommandations du CGONF

Le développement de plus en plus rapide des nouvelles techniques et l'importante quantité d'informations diffusées dans la littérature médicale ne permettent pas au clinicien de tout étudier et/ou de tout synthétiser. Le principe des recommandations pour la pratique clinique est d'aider le clinicien à bannir certaines pratiques médicales inappropriées ou inutiles et de l'aider à prendre une décision médicale en lui fournissant une synthèse des preuves scientifiques existantes (25).

1.3.1 Les anciennes recommandations de 1998

Malgré la remise en cause de la pratique de l'épisiotomie vers la fin du siècle dernier, l'épisiotomie est restée sans véritable indication sur son usage. Les premières recommandations pour la pratique clinique du CNGOF qui font référence, de façon indirecte, à l'épisiotomie datent de 1998, le sujet principal étant l'accouchement des enfants de faible poids de naissance. Toutefois, la notion de non-systématisation de l'épisiotomie pour ces nouveau-nés de faible poids apparaît pour la première fois. Il faudra attendre 7 ans pour avoir de véritables recommandations sur la pratique clinique de l'épisiotomie.

1.3.2 Les nouvelles recommandations de 2005

En 2005, le CNGOF publie les recommandations pour la pratique clinique concernant l'épisiotomie. Ces recommandations ont été écrites après une analyse de la revue de la littérature par des experts et une relecture par d'autres experts du sujet. Elles répondent principalement aux questions sur l'épidémiologie, les indications, les bénéfices, les complications, les techniques de réfection et les moyens pour réduire la pratique de l'épisiotomie. Elles concluent sur l'absence de nécessité de recours systématique à l'épisiotomie et sur le fait qu'elle doit être laissée à l'appréciation clinique de l'accoucheur dans toutes les situations. Il est important de souligner que malgré l'analyse de la littérature, aucune étude ne comparait l'absence d'épisiotomie versus le recours à l'épisiotomie. Les recommandations se sont basées sur les publications comparant le recours systématique contre la pratique restrictive de l'épisiotomie (25).

1.4 L'épidémiologie de l'épisiotomie en France

Au cours du 20^e siècle, l'épisiotomie est devenue l'acte médical le plus pratiqué dans le monde obstétrical occidental en raison des avantages supposés préventifs contre la morbidité maternelle et périnatale. Néanmoins, l'apparition de la médecine fondée sur le niveau de preuve a fortement influencé certaines pratiques médicales telles que l'épisiotomie. Les travaux effectués dans différentes publications telles que Thacker et Banta (6) ou encore Woolley (12) ont permis de passer d'une épisiotomie systématique à une épisiotomie un peu plus restrictive selon l'appréciation clinique avant la publication des recommandations.

En outre, les données les plus anciennement recueillies des enquêtes nationales périnatales indiquent un taux global d'épisiotomie en France de 50,7% en 1998. Ce pourcentage est nettement plus important chez les primipares avec un taux d'épisiotomie de 71% environ et un taux de 35% pour les multipares (26). Ces rapports ont diminué progressivement pour arriver en 2003 à un taux d'épisiotomie globale de 47,3% avec une proportion de 68% chez les primipares et une proportion d'environ 30% chez les multipares (27).

Il y a donc une légère tendance vers une politique de plus en plus restrictive.

Toutefois, ces chiffres ont été recueillis avant la publication des RPC de l'épisiotomie et ne sont donc pas représentatifs de l'impact de ces dernières sur l'évolution des pratiques.

Ainsi l'enquête périnatale de 2010 permet véritablement d'évaluer l'impact des recommandations du CNGOF contre le recours systématique de l'épisiotomie, ainsi que l'impact des revues récentes indiquant l'absence d'évidence scientifique sur les bénéfices de l'épisiotomie. Les conclusions de cette enquête indiquent un taux global d'épisiotomie de 26,8% avec une diminution de près d'un tiers du taux d'épisiotomie chez les primipares passant de 68% en 2003 à 44% en 2010 et une diminution de moitié pour les multipares passant d'environ 30% en 2003 à 14% en 2010 (26).

Cette évolution importante fait suite à un consensus international pour limiter les épisiotomies en raison du manque de bénéfice sur la prévention de la statique pelvienne et de l'incontinence.

Les données d'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) confirment la diminution de cette pratique. Toutefois, les publications d'AUDIPOG de 1996-1997 montraient déjà une tendance à la décroissance du taux d'épisiotomie avant les publications des RPC (26).

Tableau 2 : Evolution du taux d'épisiotomie en France depuis 1994 (taux global et selon la parité, rapporté aux accouchements par voie basse). Source Réseau Sentinelle AUDIPOG (26)

Taux d'épisiotomie	1994-95 n=12288	1996-97 n=14347	1998-99 n=14658	2000-01 n=14725	2002-03 n=13875	2004-05 n=11794	2006-07 n=11588	p
Taux global%	56,0	58,9	54,4	48,3	47,3	41,2	35,9	<0,0001
Taux chez les primipares	77,1	78,4	72,7	67,6	67,5	60,5	54,2	<0,0001
Taux chez les multipares	38,4	41,4	39,8	33,2	30,9	25,2	20,9	<0,0001

Ces données corroborent la différence entre primipares et multipares. D'autres données permettent d'évaluer la pratique de l'épisiotomie selon l'âge maternel, l'origine démographique maternelle, le type de grossesse, le terme, la présentation,

l'analgésie du travail, le mode d'accouchement (selon le type d'intervention), le poids de naissance, le statut juridique de l'établissement et le niveau de soin de l'établissement (cf. annexe 1) (26).

Tous les chiffres des enquêtes périnatales et du réseau sentinelle AUDIPOG prennent en compte la pratique de l'épisiotomie selon des variations de pratique professionnelle comme lors d'extractions instrumentales ou encore lors de manœuvres obstétricales. Par exemple, d'après les données d'AUDIPOG, le recours à l'épisiotomie augmente lorsque la présentation est un siège (par rapport à une présentation céphalique) ou lorsque le poids de naissance est élevé quelle que soit la parité de la femme (27).

L'analgésie péridurale joue un rôle sur l'épisiotomie. Une étude autrichienne montre que l'analgésie péridurale augmente le recours à l'épisiotomie avec 24,38% d'épisiotomie dans le groupe ayant eu une analgésie péridurale contre 11% dans le groupe sans analgésie (28). La plupart des études sur l'analgésie péridurale s'accorde pour dire qu'elle augmente le recours à l'épisiotomie comme l'étude de Newman et al. (étude menée à partir d'une base de données périnatales) (29). Finalement, une étude montre que l'augmentation du recours à l'épisiotomie (pour prévenir les risques de traumatismes périnéaux) est en corrélation avec l'augmentation du taux d'extraction instrumentale lors d'une analgésie péridurale (30).

En France, selon les données de la littérature, l'épisiotomie est majorée par l'extraction instrumentale que ce soit chez la nullipare ou la multipare (à noter une légère diminution avec l'utilisation de la ventouse) (26).

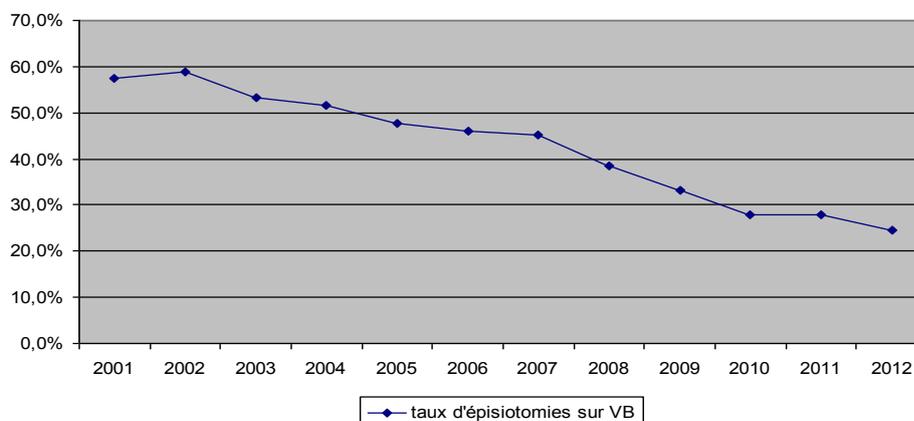
Le recours à une épisiotomie est assez constant en France selon la taille, le statut juridique, le niveau de soin ou du statut universitaire ou non des maternités d'après les données du réseaux sentinelle AUDIPOG de 1994-2003 (27). Pourtant, une publication française a mis en évidence une augmentation du recours à l'épisiotomie dans une maternité de niveau III (n=641) avec 72,7%, en comparaison à une maternité de niveau I (n= 745) avec 39,3% sans pouvoir généraliser ces résultats au niveau national (31). Cette variation entre les maternités existe également dans les autres pays. Certaines études montrent que la variation de pratique est plus liée au type de l'établissement qu'à son volume d'activité. Cette variation entre le type de maternité se retrouve également entre le secteur privé et public avec une

augmentation de pratique dans le secteur privé qui semblait s'expliquer par le recours fréquent d'une intervention obstétricale en cours de travail (26, 27).

Les variations interprofessionnelles en France sont difficilement analysables car il n'y a pas de données à ce sujet. Il paraît compliqué d'évaluer la différence de pratique entre médecins et sages-femmes dans une même maternité puisque ce sont les sages-femmes qui font les accouchements eutociques dans le public alors que dans le privé, ce sont les médecins qui font les accouchements. Turnbull et al. a montré que la probabilité d'avoir un périnée intact, pour les femmes prises en charge exclusivement par une sage-femme, est plus importante ($p=0,02$) (32). Ils ont également observé un taux d'épisiotomie de 28% pour les soins apportés exclusivement par les sages-femmes et un taux de 34% pour les soins partagés entre sage-femme et médecin. De plus, une méta-analyse de la Cochrane conclut que les femmes suivies essentiellement par les sages-femmes sont moins à risque d'épisiotomie (13 essais, 16242 femmes : moyenne RR = 0,84, IC95% [0,76-0,92]) (33). Il existe également des variations dans une même classe de profession comme le fait remarquer une étude ($n=5384$) où le taux d'épisiotomie varie de 31,6% à 76,9% pour les sages-femmes (34).

A Port Royal, le taux d'épisiotomie a fortement diminué suite à l'application des recommandations du CNGOF de 2005 comme le montre la figure 3 ci-dessous. Le taux d'épisiotomie en 2012 est de 25%. Ce pourcentage comprend tous les accouchements voies basses physiologiques ou instrumentales.

Figure 3 : Evolution du taux d'épisiotomie sur les accouchements voies basses depuis 2001



1.5 L'épisiotomie et les usagers

Le périnée reste un élément du corps peu perceptible pour la femme, surtout pendant l'accouchement. En effet, d'après un mémoire effectué en 2005 (35), près de la moitié des femmes sondées ne connaissait pas le rôle du périnée pendant l'accouchement. Par contradiction, 92,1% des femmes interrogées connaissaient l'utilité de l'épisiotomie.

Malgré sa pratique intensive durant le siècle dernier, les femmes ont toujours été réticentes vis-à-vis de l'épisiotomie. Avant l'apparition des médias (notamment d'internet), elles acceptaient ce geste chirurgical pour éviter des complications périnéales ou des complications fœtales avec une entière confiance dévolue au médecin ou à la sage-femme.

Avec l'arrivée d'internet, les femmes ont eu accès à davantage d'informations avec la diffusion importante de publications médicales (notamment à propos de la remise en cause de l'épisiotomie systématique), et la diffusion du vécu des femmes face à cette pratique (36–38). De plus, les modifications des droits des malades du 4 mars 2002, exigeant l'intégration du point de vue des usagers dans la prise en charge médicale qui leur est proposée, rendent la femme plus active dans le déroulement de sa grossesse et de son accouchement (39).

La convergence de ces évolutions a permis à de nombreuses associations autour de la naissance d'émerger pour faire valoir les droits des usagers, et d'intervenir en tant que consultant au sein de comité tel que le CNGOF.

1.5.1 Les demandes des usagers

Le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), créé en 2003 à l'occasion des états généraux de la naissance, est l'acteur principal représentant au niveau national les usagers dans le domaine de la périnatalité. Il assure une observation critique de l'organisation du système de soins et souhaite la restitution de la naissance comme un événement non médical (37,38).

Dans ces premiers objectifs, l'épisiotomie apparaît comme primordiale. Dès sa création, le CIANE s'étonne de l'absence de recommandation sur l'épisiotomie et sur sa pratique libérale alors qu'un certain nombre de pays et de revues convergent vers une restriction de cette pratique. A partir de 2004, lors de la semaine mondiale de

l'accouchement, le CIANE interpelle indirectement les professionnels de santé (dont le CNGOF) sur la pratique de l'épisiotomie en demandant une saisine de l'ANAES au ministère de la santé. Suite à cette démarche, le CNGOF a pris l'initiative de réaliser des RPC en 2005 sur la pratique de l'épisiotomie. Il faut attendre quelques années de plus pour commencer à voir le taux global d'épisiotomie en France diminuer (40). De nos jours, même si le CIANE félicite les professionnels médicaux sur la réduction de la pratique du taux d'épisiotomie (47% en 2003 ; environ 30% de nos jours) et sur l'information donnée aux femmes sur cet acte chirurgical pendant la grossesse, il déplore le manque de demande du consentement dans 85% des cas.

En 2013, le CIANE demande donc une réévaluation du taux maximal admissible (certains établissements n'atteignant que 10% d'épisiotomie), la transparence des établissements de santé sur leur taux d'épisiotomie (pour informer les femmes et encourager les établissements à diminuer encore cette pratique), l'amélioration des pratiques des extractions instrumentales (encore trop associées à la pratique de l'épisiotomie) et un consentement effectif et respecté pour toutes les femmes (41).

1.5.2 Les formations et les pratiques des Sages-Femmes

La sage-femme a toujours eu la compétence de pratiquer l'épisiotomie, la seule limite instaurée par le code de déontologie a été sa suture (Décret n°49-1351 du 30 septembre 1949). En effet, ce n'est qu'à partir de 1991 que la sage-femme est autorisée à effectuer la réfection de l'épisiotomie lorsqu'elle est non compliquée (Décret n° 91-779 du 8 août 1991).

Dans le code de déontologie, les sages-femmes ont l'obligation de continuellement se former pour la pratique de la profession. Elles ont la possibilité de se former sur la pratique de ce geste notamment avec des revues spécialement dédiées à leur profession. Elles ont également la possibilité d'effectuer des formations ou d'assister à des colloques pour se former.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) instituées par le code de santé publique permet une analyse des pratiques professionnelles de la sage-femme en référence à des recommandations validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en incluant la mise en œuvre et le suivi d'action d'amélioration des pratiques. De nos jours, il existe des pratiques cliniques qui ont abouti à des EPP, en particulier sur la pertinence de l'épisiotomie lors de l'accouchement (42). Ces EPP se retrouvent dans

plusieurs études indiquant une diminution du taux d'épisiotomie dans les maternités depuis la publication des recommandations de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie (43-47).

Deuxième partie

Cadre contextuel et méthodologie

2.1 Problématique

Suite à la campagne d'information de l'AFAR lors de la semaine mondiale de l'accouchement en 2004, le CIANE interpelle indirectement les professionnels de santé (dont le CNGOF) sur la pratique de l'épisiotomie en écrivant une lettre au ministre de la santé. Suite à cette démarche et au constat d'une diminution plus mesurée en France de la fréquence de l'épisiotomie par rapport à la plupart des pays occidentaux, le CNGOF a émis des RPC en 2005. Depuis, le taux global d'épisiotomie est passé de 47% en 2003 (68% pour les primipares et 30% pour les multipares) à 27% en 2010 (44% pour les primipares et 14% pour les multipares) (48). Ces résultats sont le témoin des recommandations mais aussi de la position parallèle des usagères affirmant leur volonté d'être actrice de leur prise en charge en recherchant une démedicalisation de la grossesse mais aussi de l'accouchement. La réalisation de l'épisiotomie et de sa suture étant une compétence des sages-femmes, il nous est apparu pertinent de nous interroger sur cette pratique afin d'appréhender au mieux l'épisiotomie auprès des femmes notamment par une information adaptée. Aussi il nous a semblé judicieux de rechercher l'existence de facteurs de risque liés à la grossesse mais aussi au déroulement du travail qui serait associé à la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes.

Notre problématique est donc : **existe-t-il des déterminants associés à la pratique de l'épisiotomie ?**

2.2 Hypothèses de recherche

D'après les RPC de 2005, la systématisation de l'épisiotomie n'est jamais requise mais peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (19). Néanmoins, en pratique il nous a semblé que les anciennes indications classiquement décrites conditionnaient encore la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes. Notre travail de recherche s'intéressant à l'exercice professionnel des sages-femmes, nous avons éliminé d'emblée l'évaluation d'un lien entre l'extraction instrumentale et l'épisiotomie. Toutes les patientes constituant nos cas et

nos témoins ont bénéficié d'un accouchement réalisé ou encadré par une sage-femme.

Nos deux hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Il existe des déterminants maternels, fœtaux, liés à la grossesse, associés au travail et des déterminants néonataux qui conditionnent la pratique de l'épisiotomie.
- La suspicion de macrosomie, les anomalies du rythme cardiaque fœtal et la durée des efforts expulsifs impactent la décision d'épisiotomie.

2.3 Objectifs

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Comparer les caractéristiques des patientes ayant eu une épisiotomie à un groupe de patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie
- Identifier les déterminants associés à la pratique de l'épisiotomie

2.4 Choix et présentation de l'étude

L'étude effectuée est une étude monocentrique de type cas-témoin réalisée sur dossier dont les modalités de recueil de données sont rétrospectives.

Notre enquête est réalisée à la maternité de Port Royal, maternité de type III, qui a réalisé 4875 accouchements en 2012. La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier 2012 au 6 aout 2012.

2.4.1 Recrutement de la population

Notre population cible correspond aux patientes ayant eu une épisiotomie dans un contexte d'accouchement voie basse à terme (≥ 37 SA) avec un enfant né vivant.

Nos critères d'exclusion sont :

- Les voies basses instrumentales
- Les âges gestationnels inférieurs à 37 SA
- Les grossesses multiples
- Les Morts Fœtales In Utéro (MFIU)
- Les interruptions médicales de grossesse
- Les présentations autres que céphalique à l'accouchement
- Les positions d'accouchement latérales et verticales

Afin d'établir un groupe témoin comparable, nous avons sélectionné la patiente témoin comme étant la suivante répondant aux critères d'inclusions et d'exclusions avec la même parité que le cas ayant eu une épisiotomie.

Nous avons retenu 157 dossiers de patiente ayant eu une épisiotomie soit 58% des patientes ayant accouché à terme par voie basse et ayant eu une épisiotomie sur la période d'étude. Nous les avons comparées à un groupe témoin de 157 patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie appariée sur la parité du groupe cas.

L'issue obstétricale du groupe témoin n'a eu comme critère de sélection que le non recours à l'épisiotomie.

Au total, nous avons analysé 350 dossiers dont 36 exclus pour des erreurs d'archivage (dossiers empruntés, égarés ou non trouvables, erreurs de codages ou pathologies non renseignées sur la base de données).

2.4.2 Stratégie d'analyse

Dans un premier temps, nous avons comparé les caractéristiques maternelles, les caractéristiques du déroulement du travail ainsi que les caractéristiques fœtales et néonatales.

Les paramètres étudiés pour la description des deux populations sont :

- Pour les caractéristiques maternelles : l'âge maternel, l'origine géographique, la taille, l'Indice de Masse Corporel (IMC), les antécédents périnéaux et de césarienne par voie abdominale, la réalisation de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), le terme de l'accouchement, la hauteur utérine à terme et la prise de poids en fin de grossesse.
- Pour les caractéristiques du déroulement du travail : le mode d'entrée en travail, la durée d'ouverture de l'œuf, la durée du travail, l'analgésie, la présence de pH au scalp, la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal 20 min avant et/ou pendant les efforts expulsifs, la hauteur de présentation au début des efforts expulsifs, le type de présentation céphalique au début des efforts expulsifs, la Durée des Efforts Expulsifs (DEE).
- Pour les caractéristiques fœtales et néonatales : la mesure des biométries du 3^e trimestre (l'Estimation du Poids Fœtal (EPF), le Périmètre Crânien (PC) et le diamètre BIPariétal (BIP)), le Poids de Naissance (PN), le périmètre crânien à la naissance, le score d'Apgar, le pH artériel au cordon.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé nos deux populations en cas de mesure d'une hauteur utérine en excès par rapport au terme, en cas de présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et en fonction de la durée des efforts expulsifs.

Nous avons analysé nos résultats à partir du test du Chi 2 et le test exact de Fisher pour les variables nominales catégorielles, le test de student pour les variables numériques normales.

Nous avons considéré que la p-value inférieure à 0,05 montrait une différence significative entre les deux groupes et que la p-value inférieure à 0,10 tendait vers une différence significative entre les deux populations.

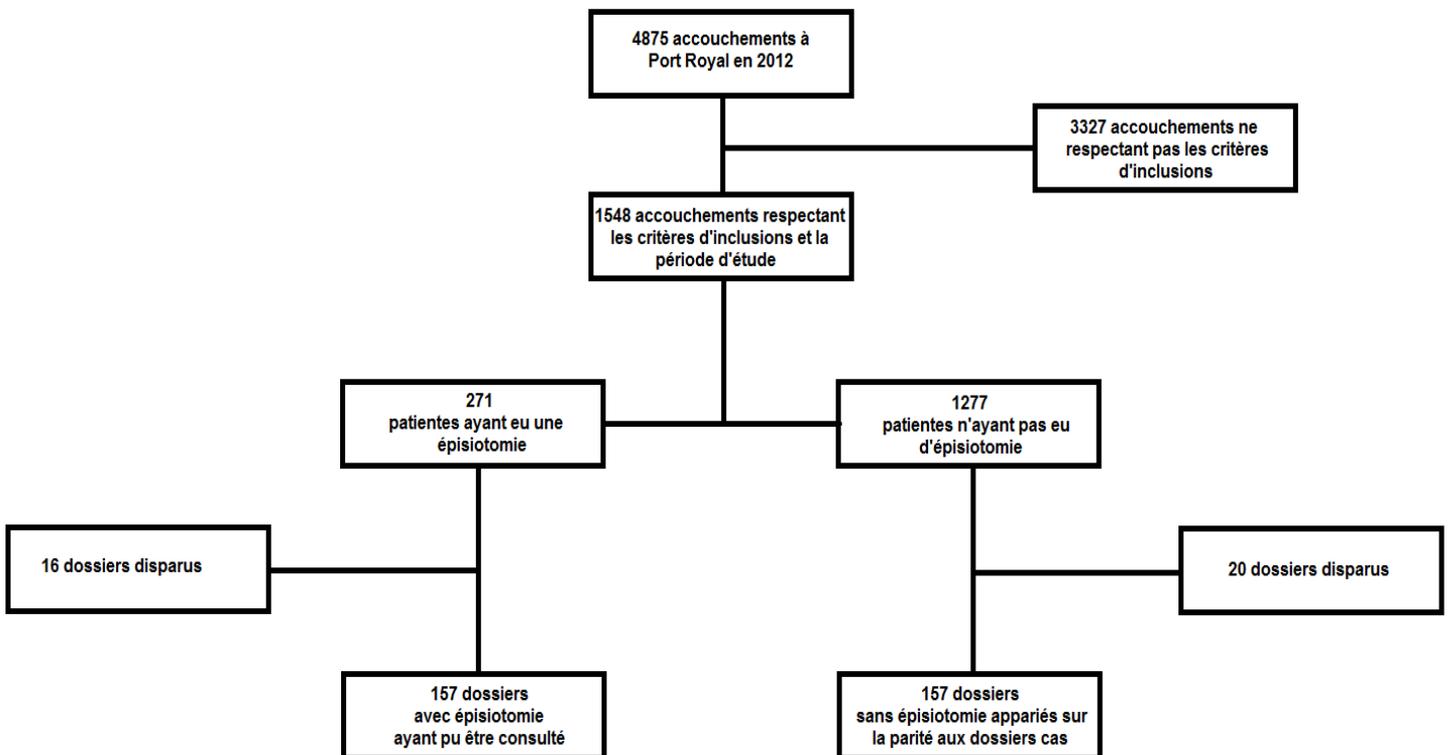


Figure 4: Diagramme des flux de patiente de l'étude

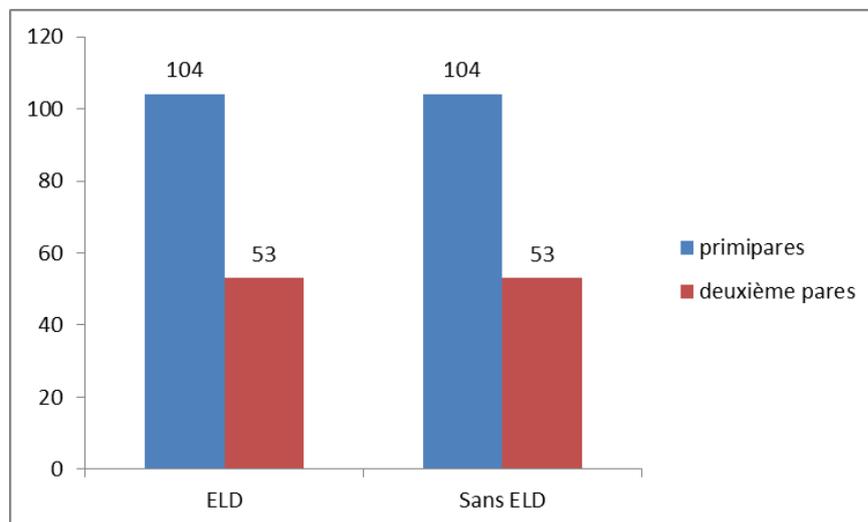
Troisième partie

Résultats de l'étude

3.1 Description de la population

Nous avons comparé nos deux groupes à l'aide d'un certain nombre de caractéristiques. Après appariement sur la parité, nos deux populations se constituent de la manière suivante :

Figure 5: Répartition de la parité entre les deux groupes



*ELD: Épisiotomie Latérale Droite

Le petit nombre de multipares retrouvé dans notre échantillon cas (groupe avec épisiotomie) ne nous laissant pas présumer des résultats significatifs, nous avons volontairement choisis de constituer nos deux groupes uniquement de primipares (67%) et de deuxième pares (33%).

3.1.1 Caractéristiques maternelles

3.1.1.1 Caractéristiques générales

Tableau 3 : Caractéristiques générales maternelles

Données	n (%)		p value
	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	
Age des femmes en années	31,8 [19 ; 49]	31,8 [17 ; 44]	0,45
<20	1 (0,64)	4 (2,55)	0,37
20-24	11 (7,01)	13 (8,28)	0,67
25-29	50 (31,85)	31 (19,75)	0,01
30-34	47 (29,94)	60 (38,22)	0,12
35-39	35 (22,29)	35 (22,29)	1
>=40	13 (8,28)	14 (8,92)	0,84
Origine géographique			
Caucasienne	84 (53,50)	100 (63,69)	0,05
Afrique du nord	28 (17,83)	16 (10,19)	0,05
Afrique noire	22 (14,01)	16 (10,19)	0,31
Asie	15 (9,55)	10 (6,37)	0,30
DOM TOM	3 (1,91)	6 (3,82)	0,30
Autre	4 (2,55)	7 (4,46)	0,35
NR	1 (0,64)	2 (1,27)	-
Taille (en m)	1,65 [1,52 ; 1,84]	1,65 [1,52 ; 1,80]	0,83
IMC (en kg/m²)	22,45 [16 ; 62]	22,39 [18 ; 44]	0,90
Classification OMS			
<18,5	20 (12,47)	10 (6,37)	0,06
18,5-19	20 (12,74)	16 (10,19)	0,49
20-24	89 (56,69)	96 (61,15)	0,38
25-29	18 (11,46)	29 (18,47)	0,07
30-34	6 (3,82)	2 (1,27)	0,28
>=35	3 (1,91)	2 (1,27)	1
NR	1 (0,64)	2 (1,27)	-

Les femmes de 25-29 ans ont eu significativement plus d'épisiotomie (31,85% versus 19,75%) avec un $p=0,01$. **Le calcul des odds ratio a montré que l'âge 25-29 multipliait par 1,6 le recours à l'épisiotomie (OR= 1,6 ; IC [1,13 ; 3,19]).**

La majorité des femmes de cette étude était caucasienne dans les deux groupes. Toutefois, pour les caucasiennes et les femmes originaires d'Afrique du Nord, une approche du seuil de significativité a été observé.

L'épisiotomie tendait vers une diminution lorsque la femme était caucasienne (63,69 % versus 53,50%, $p=0,05$).

L'épisiotomie tendait vers une augmentation lorsque la femme était originaire d'Afrique du nord (17,83% versus 10,19%, $p= 0,05$). Néanmoins, le calcul des odds ratio avec intervalles de confiance à 95% ne permettait pas véritablement de conclure sur le lien entre l'origine géographique maternelle et le recours à l'épisiotomie.

La taille était identique dans les deux groupes avec une moyenne de 1,65 mètre.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) était similaire entre les deux groupes, avec une moyenne de 22,45 kg/m^2 chez les femmes ayant eu une épisiotomie et 22,39 kg/m^2 chez les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Néanmoins, en reprenant la classification de l'OMS, les IMC inférieure à 18,5 kg/m^2 et compris entre 25-29 kg/m^2 s'approchaient du seuil de significativité.

L'IMC avait tendance à augmenter le recours à l'épisiotomie lorsque celui-ci est inférieur à 18,5 kg/m^2 (12,47% versus 6,37%, $p=0,06$).

L'IMC compris entre 25 et 29 kg/m^2 orientait vers une diminution de la pratique de l'épisiotomie (11,46% versus 18,47%, $p=0,07$).

Cependant, le calcul des odds ratio avec intervalles de confiance à 95% ne permettait pas de conclure sur un lien entre ces IMC et la pratique de l'épisiotomie.

3.1.1.2 Antécédents obstétricaux

Tableau 4 : Antécédents obstétricaux

Données	n (%)		p value
	Groupe avec épisiotomie N=53	Groupe sans épisiotomie N=53	
Antécédents			
Périnéaux			
Périnée Intact	0	7 (13,21)	0,05
1^{er} degré	0	1 (1,89)	1
2^e degré	3 (5,66)	7 (13,21)	0,26
3^e degré	1 (1,89)	2 (3,77)	1
ELD	23 (43,40)	22 (41,50)	0,89
NR	10 (18,87)	12 (22,64)	
Césarienne	16 (30,19)	2 (3,77)	<<0,01

La sélection des cas témoins a conditionné le même nombre de primipares et de deuxième pares dans les deux groupes. Aussi, les antécédents périnéaux ne concernaient que les deuxièmes pares ayant accouché voie basse une première fois.

Le nombre de patientes ayant un antécédent de périnée intact tendait à être plus important dans le groupe sans épisiotomie (12,96% versus 0%, p=0,05).

L'antécédent de périnée intact lors d'un premier accouchement semblait diminuer le recours à l'épisiotomie.

Les calculs des odds ratio avec son intervalle de confiance à 95% permettaient de mettre en évidence la réduction du recours à l'épisiotomie de 95% en cas de périnée intact lors d'un premier accouchement (**OR= 0.0513 IC [0.0028 ; 0.9312]**).

Dans notre étude, sur l'ensemble des deuxième pares (n=106), nous ne retrouvons que 3 patientes ayant eu une déchirure périnéale du 3^e degré. Pour ces trois patientes, aucune n'a eu de périnée intact lors du deuxième accouchement : la première ayant eu une épisiotomie, la deuxième une déchirure du 2^e degré et la troisième une déchirure du 1^{er} degré.

L'antécédent de césarienne pour un premier accouchement était significativement plus à risque de recours à l'épisiotomie (10,19% versus 1,27%, $p < 0,01$). **Le calcul des odds ratio a permis de montrer que l'antécédent d'utérus cicatriciel multiplie par 8,79 le risque de recours à l'épisiotomie (OR=8,79 [1,99 ; 38,91]).**

Tableau 5 : Devenir du périnée en cas d'antécédent d'épisiotomie

Données	Antécédents ELD (épisiotomie latérale droite) N=44
ELD	24 (54,54)
Déchirure :	
1 ^{er} degré	4 (9,10)
2 ^e degré	8 (18,18)
3 ^e et 4 ^e degré	0
Périnée intact	8 (18,18)

Dans le tableau 5, nous avons considéré toutes les femmes ayant eu une épisiotomie pour leur premier accouchement hormis celles qui ont un antécédent de césarienne (n=44) soit 41,5% des deuxièmes pères.

Nous avons pu mettre en évidence qu'un peu plus d'une femme sur deux (54,54%) lors du premier accouchement ont eu une épisiotomie lors de leur deuxième accouchement. Toutefois, ce pourcentage doit être modéré à cause d'un manque d'information sur les antécédents périnéaux dans 35 des dossiers analysés.

3.1.1.3 Caractéristiques de la grossesse

Tableau 6 : Caractéristiques de la grossesse

Données	n (%)		p value
	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	
Prise de poids pendant la grossesse (en kg)	11,98 [-4 ; 29]	12,65 [3 ; 35]	0,20
HU – à Terme	32,87 [26 ; 37]	32,27 [27 ; 36]	0,43
HU>T : <7	63 (40,13)	49 (31,21)	0,09
HU=T : 7-9,5	79 (50,32)	90 (57,32)	0,21
HU<T : >9,5	15 (9,55)	18 (11,46)	0,58

La prise de poids était similaire dans les deux groupes.

La participation à la préparation à la naissance a été recueillie mais n'a pas pu être analysée car dans de nombreux dossiers, cette information était manquante.

La hauteur utérine à terme était quasiment identique dans les deux groupes avec une moyenne de 32,87cm pour la population ayant eu une épisiotomie et 32,27cm pour la population n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Afin de définir son excès ou sa diminution, la hauteur utérine a été analysée en fonction de sa corrélation avec l'âge gestationnel à l'accouchement.

La hauteur utérine à 37 SA doit être de 30 cm et celle à terme (41,5 SA) doit être de 32 cm. Nous avons donc effectué une soustraction entre l'âge gestationnel au moment de l'accouchement et la hauteur utérine à terme pour chaque patiente. Les indices inférieurs à 7 représentaient les hauteurs utérines augmentées par rapport au terme de l'accouchement, les indices compris entre 7-9,5 correspondaient aux hauteurs utérines normales pour le terme d'accouchement et les indices supérieurs à 9,5 représentaient les hauteurs utérines inférieures au terme de l'accouchement.

Les femmes ayant une hauteur utérine supérieure au terme de l'accouchement s'orientaient vers une augmentation du recours à l'épisiotomie (40,13% versus 31,21%).

3.1.2 Caractéristiques du déroulement du travail et de la naissance

3.1.2.1 Travail

Tableau 7 : Caractéristiques du travail

Données	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	n (%)
			moyenne [min, max]
			p value
Mode d'entrée en travail			
Spontané	136 (86,62)	129 (82,17)	
Déclenchement	21 (13,38)	28 (17,83)	0,28

Durée du travail (en heure)	5,70 [0 ; 14]	5,47 [0 ; 13]	0,46
Analgesie			
APD	145 (92,36)	142 (90,45)	0,55
Aucune	7 (4,46)	11 (7,01)	0,33
BNH	1 (0,64)	1 (0,64)	1
rachi	2 (1,27)	1 (0,64)	1
PCA	2 (1,27)	2 (1,27)	1
pH au scalp	7 (4,46)	9 (5,73)	0,61
Durée d'ouverture de l'œuf (en heure)	33,54 [0 ; 526,76]	53,71 [0 ; 843,56]	0,10

Le mode d'entrée en travail était similaire pour les deux groupes.

La durée du travail était quasiment identique entre les deux groupes avec une moyenne de 5,70 heures pour les patientes ayant eu une épisiotomie et 5,47 heures pour les patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Le type d'analgésie était comparable entre les deux groupes. La majeure partie des patientes a bénéficié d'une Analgésie PériDurale (APD) 92,36% versus 90,45%. Le Bloc des Nerfs Honteux (BNH), la rachi anesthésie et la pompe à morphine (PCA) ont été très peu utilisés pour les patientes de l'étude.

Le nombre de pH au scalp était semblable entre les deux groupes. Le nombre insuffisant de pH au scalp relevés ne permet pas de conclure sur cette donnée.

Malgré une tendance d'augmentation pour le groupe sans épisiotomie, la durée d'ouverture de l'œuf était significativement inchangée entre les deux groupes (moyenne de 33,54 heures versus 53,71 heures).

3.1.2.2 Accouchement

Tableau 8 : Caractéristiques de l'accouchement

Données	n (%)		p value
	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	
ARCF 20min avant EE ou pendant EE			
Présent	82 (52,23)	66 (42,04)	0,09
Absent	74 (47,13)	87 (55,41)	
NR	1 (0,64)	4 (2,55)	
Couleur du liquide amniotique			
Clair	121 (77,07)	122 (77,71)	0,81
Teinté	21 (13,38)	18 (11,46)	0,62
Méconial	14 (8,92)	15 (9,55)	0,83
NR	1 (0,64)	2 (1,27)	
Hauteur présentation avant les efforts expulsifs			
PH	30 (19,11)	29 (18,47)	0,77
PM	102 (64,97)	94 (59,87)	0,18
PB	19 (12,10)	33 (21,02)	0,04
NR	6 (3,82)	1 (0,64)	
Variété de présentation			
céphalique	154 (98,09)	157 (100)	
OP	3 (1,91)	0	0,25
OS			
Durée des efforts expulsifs (en minutes)			
	17,27 [0 ; 47]	15,16 [1 ; 64]	0,10
<25	113 (71,97)	129 (82,69)	0,03
25-35	36 (22,93)	20 (12,82)	0,02
>35	8 (5,10)	7 (4,49)	1

La présence d'Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) vingt minutes avant les efforts expulsifs ou pendant les efforts expulsifs paraissait augmenter le recours à l'épisiotomie. En effet, les ARCF sont retrouvées dans 52,23% dans le groupe ayant eu des épisiotomies contre 42,04% dans le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie ($p=0,09$).

La grande majorité des liquides amniotiques était de couleur claire dans les deux groupes (77,07% et 77,71%). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour la couleur du liquide à l'accouchement.

La majeure partie des variétés de présentation était Occipito-Pubienne (OP) dans les deux groupes (98,09% et 100%). Les résultats ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes pour les variétés de présentation. **Nous avons toutefois constaté que les variétés postérieures, bien que minimes (1,91%), étaient toutes associées à une pratique de l'épisiotomie.**

La présentation située partie basse au moment de l'installation pour les efforts expulsifs diminuait le recours à l'épisiotomie (21,02% versus 12,10%, $p=0,04$). **Les calculs des odds ratio permettaient de conclure que la hauteur de présentation partie basse réduisait le risque d'épisiotomie de 46% (OR= 0,54 [0,29 ; 1]).**

Nous avons étudié les efforts expulsifs approchant des 30 minutes.

La majeure partie des efforts expulsifs était inférieure à 25 minutes dans les deux groupes (71,97% versus 82,69%).

Nous avons constaté qu'il y avait significativement moins d'épisiotomies lorsque les femmes poussaient moins de 25 minutes (71% versus 82,69%, $p=0,03$). **Le risque de recours à l'épisiotomie était divisé par deux pour des efforts expulsifs durant moins de 25 minutes (OR= 0,56 [0,33 ; 0,96]).**

Nous avons également pu mettre en évidence l'augmentation du recours à l'épisiotomie lorsque les efforts expulsifs duraient entre 25 et 35 minutes (22,93% versus 12,82%, $p=0,02$). **En effet, le calcul des odds ratio montrait significativement deux fois plus de recours à l'épisiotomie lorsque les efforts expulsifs duraient entre 25 et 35 minutes (OR= 2,04 ; IC [1,12 ; 3,71]).**

Au-delà de 35 minutes d'efforts expulsifs, la proportion de femmes était quasiment identique entre les deux populations (5,10% versus 4,49%).

3.1.3 Caractéristiques fœtales et néonatales

3.1.3.1 Caractéristiques fœtales

Tableau 9 : Caractéristiques fœtales

Données	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	n (%)
			moyenne [min, max] p value
Echographie du 3^e trimestre			
Age gestationnel	32,70 [29,6 ; 35,5]	32,27 [30,3 ; 36,5]	0,39
EPF (en g)	2062,15 [1430 ; 2990]	2053,71 [1565 ; 2995]	0,79
BIP (en mm)	83,63 [58 ; 94]	83,81 [75 ; 94]	0,70
PC (en mm)	296,99 [273 ; 338]	298,62 [264 ; 330]	0,80
Age gestationnelle à l'accouchement	39,75 [37,1 ; 41,6]	39,81 [37 ; 42]	0,63

Nous avons analysé les échographies du troisième trimestre pour l'Estimation du Poids Fœtal (EPF), la mesure du diamètre BIPariétal (BIP) et celle du Périmètre Crânien (PC).

La date de réalisation des échographies du troisième trimestre était comparable entre les deux groupes. Nous n'avons relevé aucune différence significative entre les deux groupes sur l'EPF. Les mesures du BIP étaient similaires entre les deux groupes avec des mesures qui correspondent à des fœtus eutrophes au terme de l'échographie. Comme pour les autres mesures, le PC au troisième trimestre était semblable entre les deux groupes.

En ce qui concerne l'âge gestationnel à l'accouchement, les deux groupes étaient équivalents avec une moyenne de 39,74 SA pour les femmes ayant eu une épisiotomie et 39,81 SA pour les femmes n'ayant pas eu une épisiotomie.

3.1.3.2 Caractéristiques néonatales

Tableau 10 : Caractéristiques néonatales

Données	n (%)		p value
	Groupe avec épisiotomie N=157	Groupe sans épisiotomie N=157	
Poids de naissance (en g)	3320,95 [2440 ; 4440]	3310,35 [2110 ; 4250]	0,82
<2500	3 (1,91)	5 (3,18)	0,72
2500-4000	144 (91,72)	143 (91,08)	0,84
>4000	10 (6,37)	9 (5,73)	0,81
PC à la naissance (en cm)	34,70 [32 ; 38,5]	34,56 [31 ; 38,5]	0,38
Apgar à 1 min			
<=7	13 (8,28)	20 (12,74)	
>7	144 (91,72)	137 (87,26)	0,20
Apgar à 5min			
<=7	3 (1,91)	2 (1,27)	
>7	154 (98,09)	155 (98,73)	1
Apgar à 10min			
<=7	0	1 (0,64)	
>7	157 (100)	156 (99,36)	1
pH artériel			
<= 7,20	44 (28,03)	34 (21,66)	
>7,20	111 (70,70)	121 (77,07)	0,19
NR	2 (1,27)	2 (1,27)	

Le poids des nouveau-nés était semblable dans les deux groupes. La grande majorité des nouveau-nés a eu un poids compris entre 2500 et 4000 grammes (91,72% et 91,08%). Peu d'enfants ont présenté un poids supérieur à 4000 grammes (6,37% et 5,73%) et un poids inférieur à 2500 grammes (1,91% et 3,18%).

Nous n'avons également retrouvé aucune différence de mesure des PC à la naissance entre les deux groupes. Les moyennes des PC dans les deux populations correspondaient à celles d'enfants eutrophes.

L'état néonatal a été évalué à l'aide de deux critères : le score d'Apgar à la naissance (à 1, 5 et 10 minutes de vie) et le pH artériel au cordon.

Aucune différence néonatale n'a été relevée à partir de l'analyse des scores d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes. Toutefois, le nombre de score d'Apgar inférieur ou égal à 7 recueilli n'était probablement pas suffisant pour nos analyses (n= 33 à 1 minute de vie).

La majeure partie des pH artériels au cordon était supérieure à 7,20 dans les deux groupes (70,70% et 77,07%). Nous avons observé une proportion plus importante de pH artériel au cordon inférieur ou égal à 7,20 dans le groupe avec épisiotomie (28,03% versus 21,66%) mais ce résultat n'était pas significatif.

3.2 Influence de la suspicion de macrosomie, de la présence des ARCF et de la DEE dans le recours à l'épisiotomie

3.2.1 Suspicion de la macrosomie

L'analyse de nos résultats n'a pas permis de montrer une différence significative entre les deux groupes pour les biométries du 3^e trimestre et pour la hauteur utérine. Néanmoins, la hauteur utérine supérieure au terme s'orientait vers une augmentation de pratique de l'épisiotomie (cf. tableau 6). Aussi, pour étudier l'influence de la suspicion de macrosomie sur la pratique de l'épisiotomie, nous avons ajusté nos analyses sur la hauteur utérine supérieure au terme de l'accouchement. Seules les données pouvant influencer la hauteur utérine par rapport au terme et le recours à l'épisiotomie ont été analysées.

La population de cette analyse était de 62 patientes dans le groupe ayant eu une épisiotomie et 49 patientes dans le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie.

3.2.1.1 Caractéristiques maternelles

Tableau 11 : Caractéristiques maternelles ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme

Données	HAUTEUR UTERINE SUPERIEURE AU TERME		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=62	Groupe sans épisiotomie N=49	
Parité :			
Primipare	38 (61,29)	27 (55,10)	
Deuxième pare	24 (38,71)	22 (45,90)	0,51
IMC (kg/m²)	23,91 [17 ; 62]	23,83 [18 ; 44]	0,95
<25	47 (75,81)	29 (59,18)	
>=25	15 (24,19)	19 (38,78)	0,08
NR	0	1 (2,04)	

Dans le cadre de la suspicion de macrosomie, le surpoids maternel étant défini comme un IMC supérieure à 25kg/m², nous avons choisis de l'analyser en fonction de cette limite.

La parité était semblable entre les deux groupes avec pour la primiparité une légère augmentation d'épisiotomie (61,29% versus 55,10%). Nous avons retrouvé une légère augmentation de deuxièmes paires dans le groupe sans épisiotomie avec 45,90% versus 38,71%. Toutefois, ce résultat ne révélait pas de différence significative.

Les moyennes d'IMC entre les deux populations étaient équivalentes. **Toutefois, l'IMC inférieure à 25kg/m² approchait du seuil de significativité (75,81% versus 59,18% avec un p= 0,08). L'IMC inférieure à 25kg/m² tendait à augmenter le recours à l'épisiotomie.**

3.2.1.2 Caractéristiques de la grossesse

Tableau 12 : Caractéristiques de la grossesse ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme

Données	HAUTEUR UTERINE SUPERIEURE AU TERME		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=62	Groupe sans épisiotomie N=49	
Prise de poids (en kg)	12,52 [3 ; 26]	13,96 [4 ; 35]	0,16
<=12	29 (46,77)	18 (36,73)	
>12	31 (50,00)	30 (61,22)	0,25
NR	2 (3,23)	1 (2,04)	
Echographie du 3^e trimestre			
EPF (en g)	2138,55 [1560 ; 2990]	2121,38 [1620 ; 2995]	0,78
PC (en cm)	300,21 [275 ; 338]	299,60 [264 ; 330]	0,53
BIP (en cm)	84,36 [78 ; 93]	84,08 [78 ; 93]	0,69

Dans le cadre de la suspicion de macrosomie, la prise de poids idéale étant définie comme approchant des 12 kg, nous avons choisis de l'analyser en fonction de cette limite. Malgré une différence de moyenne de plus de 1kg, nous n'avons pas mis en évidence une différence significative de prise de poids pendant la grossesse entre les deux groupes. La prise de poids moyenne était de 12,52kg pour la population ayant eu une épisiotomie et une moyenne de 13,96kg pour la population n'ayant pas eu d'épisiotomie (p=0,16).

L'échographie du troisième trimestre ne montrait pas de différence significative pour les moyennes de l'EPF, du BIP et du PC entre les deux groupes.

3.2.1.3 Caractéristiques du travail

Tableau 13 : Caractéristiques du travail ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme

Données	HAUTEUR UTERINE SUPERIEURE AU TERME		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=62	Groupe sans épisiotomie N=49	
Mode d'entrée en travail :			
Déclenchement	10 (16,13)	10 (20,41)	
Spontané	52 (83,87)	39 (79,59)	0,56
pH au scalp :			
présent	1 (1,61)	5 (10,20)	0,09
absent	61 (98,39)	44 (89,80)	
Durée du travail (en heure)	6 [1 ; 14]	5,1 [1 ; 12]	0,10

La majorité des mises en travail était spontanée dans les deux populations (83,87% versus 79,59%). Le mode d'entrée en travail a été considéré comme équivalent entre les deux groupes.

Le nombre de pH au scalp tendait à augmenter dans le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie avec 10,20% contre 1,61% dans le groupe ayant eu une épisiotomie (p=0,09). Néanmoins, le nombre de pH au scalp recueilli était insuffisant pour en tirer des conclusions sur son lien avec l'épisiotomie (n=6).

Le travail durait en moyenne 6 heures pour les patientes ayant eu une épisiotomie et 5,1 heures pour les patientes n'ayant pas eu d'épisiotomie. Même si une différence de près d'une heure a été observée entre les deux moyennes, nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence statistiquement significative.

3.2.1.4 Caractéristiques de l'accouchement

Tableau 14 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur la hauteur utérine supérieure au terme

Données	HAUTEUR UTERINE SUPERIEURE AU TERME		n(%) moyenne [min ; max]
	Groupe avec épisiotomie N=62	Groupe sans épisiotomie N=49	
ARCF 20 min avant ou pendant l'accouchement			
Présentes	28 (45,16)	25 (51,02)	
Absentes	33 (53,23)	23 (46,94)	0,59
NR	0	1 (2,04)	
Durée des efforts expulsifs (en min)	16,79 [0 ; 45]	14,45 [1 ; 50]	0,23
<25	47 (75,81)	43 (87,76)	0,11
25-35	11 (17,74)	3 (6,12)	0,10
>35	4 (6,45)	3 (6,12)	1

La présence d'ARCF 20 minutes avant ou pendant les efforts expulsifs était similaire entre les deux populations.

Nous n'avons pu constater aucune différence significative de durée des efforts expulsifs pour le groupe ayant eu une épisiotomie avec une moyenne de 16,79 minutes contre 14,45 minutes pour le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie. Cependant, le recours à l'épisiotomie semble être augmenté lorsque les efforts expulsifs duraient entre 25 et 35 minutes pour les hauteurs utérines supérieures au terme (17,74% versus 6,12%) sans révéler de différence significative.

3.2.1.5 Caractéristiques néonatales

Tableau 15 : Caractéristiques néonatales ajustées aux hauteurs utérines supérieures au terme

Données	HAUTEUR UTERINE SUPERIEURE AU TERME		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=62	Groupe sans épisiotomie N=49	
APGAR à 1MIN			
<=7	5 (8,06)	9 (18,37)	
>7	57 (91,94)	40 (81,63)	0,10
pH artériel			
<=7,20	16 (25,81)	8 (16,33)	
>7,20	44 (70,97)	40 (81,63)	0,21
NR	2 (3,23)	1 (2,04)	
Poids de naissance (en g)	3456,61	3405,81	0,51

La mauvaise adaptation à la vie extra utérine à 1 minute de vie semblait augmenter dans le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie (18,37% versus 8,06%). Toutefois, cette différence n'était pas significative (p=0,10).

A l'inverse, le nombre de pH artériel au cordon inférieur ou égal à 7,20 se trouvait légèrement augmenté chez les nouveau-nés de la population ayant eu une épisiotomie (25,81% versus 16,33%). Là encore, cette différence de proportion entre les deux groupes n'était pas significative.

Le poids des nouveau-nés était semblable dans les deux groupes avec des moyennes qui correspondaient à des enfants eutrophes.

3.2.2 Anomalies du rythme cardiaque fœtal

Précédemment, nous avons montré que la présence d'Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) avant 20 minutes et pendant les efforts expulsifs tendait à augmenter le recours à l'épisiotomie (cf. tableau 8). Pour étudier l'influence des

ARCF sur la pratique de l'épisiotomie, nous avons ajusté nos analyses sur les anomalies du rythme avant 20 minutes et pendant les efforts expulsifs.

Seules les données pouvant influencer les ARCF et la pratique de l'épisiotomie ont été analysées.

La population de cette analyse comprenait 82 patientes dans le groupe cas et 65 patientes dans le groupe témoin.

3.2.2.1 Caractéristiques du travail

Tableau 16 : Caractéristiques du travail ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs

Données	ANOMALIES DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=82	Groupe sans épisiotomie N=66	
Mode d'entrée en travail :			
Spontané	67 (81,71)	53 (80,30)	
Déclenchement	15 (18,29)	13 (19,70)	0,82
pH au scalp :			
présent	7 (8,54)	9 (13,64)	
absent	75 (91,46)	57 (86,36)	0,32
Durée du travail (en heure)	5,62 [0 ; 13]	5,71 [1 ; 12,5]	0,82

La grande majorité des travaux était spontanée dans les deux groupes (81,71% versus 80,30%). Nous n'avons pas relevé de différence significative sur le mode d'entrée en travail avec un taux de déclenchement de 18,29% pour le groupe cas et 19,70% pour le groupe témoin.

La durée du travail était similaire entre les deux échantillons avec des moyennes de 5,62 heures et 5,71 heures.

3.2.2.2 Caractéristiques de l'accouchement

Tableau 17 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs

Données	ANOMALIES DU RYTHME CARDIAQUE FOETAL		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=82	Groupe sans épisiotomie N=66	
Hauteur présentation			
PH	6 (7,32)	7 (10,61)	0,28
PM	55 (67,07)	42 (63,64)	0,51
PB	19 (23,17)	17 (25,76)	0,78
NR	2 (2,44)	0	
Durée des efforts expulsifs (en min)	16,28 [2 ; 47]	15,48 [1 ; 50]	0,62
<25	62 (80,79)	55 (83,33)	0,25
25-35	18 (21,95)	7 (10,61)	0,07
>35	2 (2,44)	4 (6,06)	0,40

La hauteur de la présentation ne modifiait pas le recours à l'épisiotomie entre les deux groupes.

Pour l'analyse des efforts expulsifs en présence d'ARCF, les calculs de significativité n'ont pas montré de différence concernant les moyennes de la durée des efforts expulsifs. **Cependant, nous avons pu mettre en évidence une augmentation du recours à l'épisiotomie entre 25 et 35 minutes en présence d'ARCF (21,95% versus 10,61%) sans montrer une différence significative.**

3.2.2.3 Caractéristiques néonatales

Tableau 18 : Caractéristiques néonatales ajustées sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal avant 20 minutes ou pendant les efforts expulsifs

Données	ANOMALIES DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=82	Groupe sans épisiotomie N=66	
APGAR à 1MIN			
<=7	8 (9,76)	11 (16,67)	
>7	74 (90,24)	55 (83,33)	0,21
pH artériel			
<=7,20	35 (42,68)	21 (32,31)	
>7,20	47 (57,32)	44 (67,69)	0,20

L'état néonatal a été évalué à l'aide de deux paramètres : le score d'Apgar et le pH artériel au cordon. Sans qu'il y ait une différence significative, nous avons constaté une augmentation du score d'Apgar inférieur ou égal à 7 pour les nouveau-nés de mère n'ayant pas eu d'épisiotomie (16,67% versus 9,76%). Cependant, les effectifs recueillis pour le score d'Apgar inférieur ou égal à 7 étaient faibles. Le pH artériel au cordon inférieur ou égal à 7,20 se trouvait légèrement augmenté dans le groupe avec épisiotomie sans toutefois montrer une différence significative entre les deux populations (42,68% versus 32,31%).

3.2.3 Durée des efforts expulsifs

Nous avons montré précédemment que les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes étaient moins à risque d'épisiotomie et que les efforts expulsifs durant entre 25 et 35 minutes étaient plus à risque d'épisiotomie (cf. tableau 8). Pour étudier l'influence de la durée des efforts expulsifs sur la pratique de l'épisiotomie, nous avons ajusté nos analyses sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes et sur les efforts expulsifs durant entre 25 et 35 minutes. Nous avons analysé les données pouvant influencer la durée des efforts expulsifs et la pratique de l'épisiotomie.

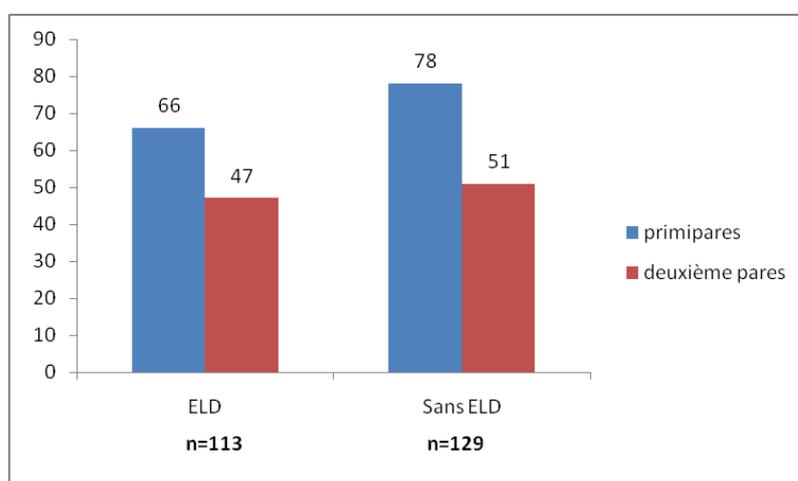
3.2.3.1 Durée des efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes

Le nombre de femmes ayant effectué des efforts expulsifs de moins de 25 minutes s'élevait à 232 patientes en tout avec 113 patientes pour le groupe cas et 129 patientes pour le groupe témoin.

Après avoir ajusté notre population sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes, nous avons analysé des données pouvant influencer sur la pratique de l'épisiotomie.

3.2.3.1.1 Caractéristiques maternelles

Figure 6 : Caractéristiques maternelles ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes



Les taux de primipares et de deuxièmes pares étaient quasiment identiques entre les deux populations avec 58,41% de cas versus 60,47% de témoins pour les primipares et respectivement 41,59% versus 39,53% pour les deuxièmes pares ($p= 0,74$).

3.2.3.1.2 Caractéristiques du travail

Tableau 19 : Caractéristiques maternelles et du travail ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS INFÉRIEURS A 25MIN		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=113	Groupe sans épisiotomie N=129	
Parité :			
Primipare	66 (58,41)	78 (60,47)	
Deuxième pare	47 (41,59)	51 (39,53)	0,74
pH au scalp :			
présent	5 (4,42)	8 (6,20)	
absent	108 (95,58)	121 (93,80)	0,54
Analgésie :			
APD	101 (89,38)	116 (89,92)	0,89
Aucune	7 (6,19)	10 (7,75)	0,83
Autres	5 (4,42)	3 (2,33)	0,47

Le nombre de pH au scalp est retrouvé dans les mêmes proportions dans chaque groupe.

Le type d'analgésie ne modifiait pas la pratique de l'épisiotomie entre les deux populations lorsque les efforts expulsifs sont inférieurs à 25 minutes. En effet, dans la majorité des deux populations, l'analgésie péridurale a été utilisée sans différence significative (89,38% versus 89,92%). Une minorité de patiente n'a pas eu d'analgésie et là encore, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (6,19% versus 7,75%).

3.2.3.1.3 Caractéristiques de l'accouchement

Tableau 20 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS INFÉRIEUR A 25MIN		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=113	Groupe sans épisiotomie N=129	
n(%) moyenne [min ; max]			
ARCF 20 min avant ou pendant l'accouchement			
Présentes	62 (54,87)	55 (42,64)	0,06
Absentes	50 (44,25)	72 (55,81)	
NR	1 (0,88)	2 (1,55)	
Couleur du liquide amniotique			
Clair	89 (78,76)	102 (79,07)	0,94
Teinté	14 (12,39)	14 (10,85)	0,71
Méconial	9 (7,96)	13 (10,08)	0,56
NR	1 (0,88)	0	
Hauteur présentation			
PB	15 (13,27)	29 (22,48)	0,08
PM	74 (65,49)	73 (56,59)	0,08
PH	20 (17,70)	26 (20,16)	0,70
NR	4 (3,54)	1 (0,78)	

Nous avons pu mettre en évidence une approche du seuil de significativité concernant la présence d'ARCF. **Les analyses s'orientaient vers une augmentation du recours à l'épisiotomie pour des efforts expulsifs durant moins de 25 minutes et la présence d'ARCF (54,87% versus 42,64%, p=0,06).** Toutefois, le calcul des odds ratio avec intervalles de confiance à 95% ne permettait pas de conclure sur le lien entre les ARCF, les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes et le recours à l'épisiotomie.

La majorité des liquides amniotiques était de couleur claire dans les deux populations (78,76% versus 79,07%). Nous n'avons pas montré une différence

significative sur la couleur du liquide amniotique entre les deux populations. En effet, le liquide amniotique teinté et le liquide amniotique méconial se retrouvaient dans les mêmes proportions dans chaque population.

La majeure partie des présentations avant les efforts expulsifs se trouvait partie moyenne pour les deux populations.

Les efforts expulsifs débutant partie moyenne paraissent augmenter le recours à l'épisiotomie sans révéler de différence significative (65,49% versus 56,59%, p=0,08).

A l'inverse, les efforts expulsifs débutant partie basse semblaient diminuer la pratique de l'épisiotomie sans montrer de différence significative (22,48% versus 13,27%, p= 0,08).

Le calcul des odds ratio avec l'intervalle de confiance à 95% n'a pas permis de montrer un lien entre la hauteur de présentation, les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes et la pratique de l'épisiotomie.

3.2.3.1.4 Caractéristiques néonatales

Tableau 21 : Caractéristiques néonatales ajustées sur les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS INFÉRIEURS A 25MIN		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=113	Groupe sans épisiotomie N=129	
APGAR à 1MIN			
<=7	10 (8,85)	13 (10,08)	
>7	103 (91,15)	116 (89,92)	0,74
pH artériel			
<=7,20	32 (28,32)	28 (21,71)	
>7,20	79 (69,91)	101 (78,29)	0,20
NR	2 (1,77)	0	
Poids à la naissance	3321,06 [2440 ; 4440]	3301,08 [2110 ; 4250]	0,71

L'état néonatal ne différait pas entre les deux groupes avec 8,85% de score d'Apgar inférieur ou égal à 7 à 1 minute de vie pour la population ayant eu une épisiotomie et 10,08% pour la population n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Le pH artériel au cordon inférieur ou égal à 7,20 était légèrement augmenté dans le groupe ayant eu une épisiotomie (28,32% versus 21,71%). Mais ce résultat ne montrait pas une différence significative entre les deux populations.

Les poids des nouveau-nés étaient quasiment identiques entre les deux groupes avec des moyennes de 3321,06 grammes pour le groupe cas et 3301,08 grammes pour le groupe témoin.

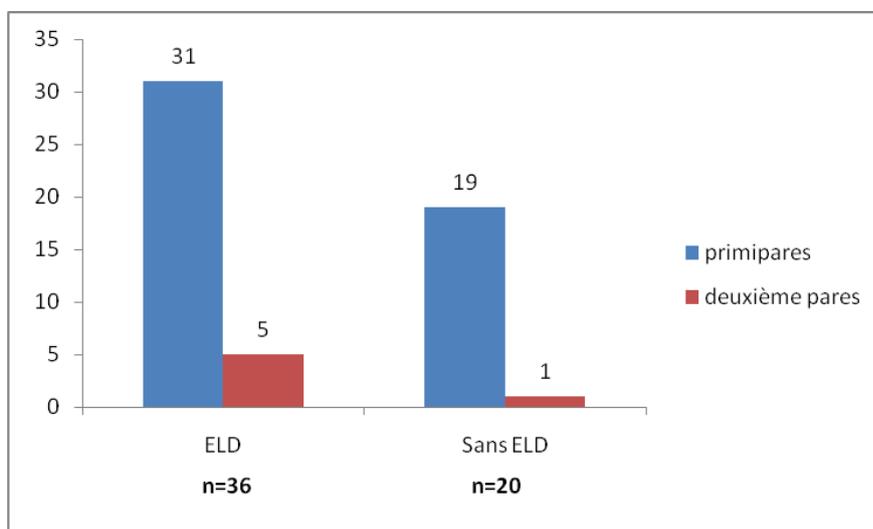
3.2.3.2 Durée des efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes

Le nombre de femmes dont la durée des effort expulsifs (DEE) compris entre 25 et 35 minutes s'élevait à 56 patientes en tout avec 36 patientes pour le groupe épisiotomie et 20 patientes pour le groupes sans épisiotomie.

Après avoir ajusté notre population sur les efforts expulsifs compris entre 25 et 35 minutes, nous avons analysé des données pouvant influencer sur la pratique de l'épisiotomie.

3.2.3.2.1 Caractéristiques maternelles

Figure 7 : Caractéristiques maternelles ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes



La majorité des patientes qui accouchait après une durée comprise entre 25 et 35 minutes d'efforts expulsifs était des primipares (86,11% versus 95%). Le nombre de primipares était légèrement augmenté dans le groupe sans épisiotomie et le nombre de deuxième pares était également légèrement augmenté dans le groupe avec épisiotomie (13,89% versus 5%). Toutefois, le nombre de deuxièmes pares pour ces analyses était très faible donc leur tendance pour la pratique de l'épisiotomie est à modérer.

3.2.3.2.2 Caractéristiques du travail

Tableau 22 : Caractéristiques du travail ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS ENTRE 25-35MIN		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=36	Groupe sans épisiotomie N=20	
Analgésie :			
APD	36 (100)	19 (95%)	
Aucune	0	0	-
Autres	0	1 (5%)	
pH au scalp :			
présent	2 (5,56)	1 (5,00)	
absent	34 (94,44)	19 (95,00)	0,35

La presque totalité des patientes avait une analgésie péridurale pendant le travail (100% versus 95%).

Le nombre de pH au scalp ne montrait pas de différence significative sur la pratique de l'épisiotomie pour les efforts expulsifs durant de 25 à 35 minutes. Nous avons retrouvé 5,56% de pH au scalp dans le groupe ayant eu une épisiotomie et 5% dans le groupe sans épisiotomie.

3.2.3.2.3 Caractéristiques de l'accouchement

Tableau 23 : Caractéristiques de l'accouchement ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS ENTRE 25-35MIN		p-value
	Groupe avec épisiotomie N=36	Groupe sans épisiotomie N=20	
ARCF 20 min avant ou pendant l'accouchement			
Présentes	18 (50,00)	7 (35,00)	0,40
Absentes	18 (50,00)	12 (60,00)	
NR	0	1 (5,00)	
Couleur du liquide amniotique			
Clair	26 (72,22)	13 (65,00)	0,57
Teinté	6 (16,67)	5 (25,00)	0,50
Méconial	4 (11,11)	2 (10,00)	1
Hauteur présentation			
PB	4 (11,11)	2 (10,00)	1
PM	23 (63,89)	16 (80,00)	0,33
PH	7 (19,44)	2 (10,00)	0,45
NR	2 (5,56)	0	

Nous avons constaté une tendance au recours à l'épisiotomie en cas de présence d'ARCF sans montrer une différence significative (50% versus 35%).

La majorité des liquides amniotiques au moment de l'accouchement était de couleur claire (72,22% versus 65%). Quel que soit la couleur du liquide amniotique au moment de l'accouchement, cette donnée n'a pas influencé le recours à l'épisiotomie lors d'efforts expulsifs durant entre 25 et 35 minutes.

La majorité des efforts expulsifs a été débutée lorsque la hauteur de la présentation était partie moyenne (63,89% versus 80%). Malgré l'observation d'une légère augmentation d'épisiotomie pour les efforts expulsifs débutés partie haute (19,44% versus 10%) et une légère diminution d'épisiotomie pour les efforts expulsifs

débutés partie moyenne (63,89% versus 80%), aucune différence significative n'a pu être mise en évidence. Là encore, les effectifs étaient trop faibles pour pouvoir conclure d'une influence sur l'épisiotomie.

3.2.3.2.4 Caractéristiques néonatales

Tableau 24 : Caractéristiques néonatales ajustées sur les efforts expulsifs entre 25 et 35 minutes

Données	EFFORTS EXPULSIFS ENTRE 25-35MIN		n(%) moyenne [min ; max]
	Groupe avec épisiotomie N=36	Groupe sans épisiotomie N=20	
APGAR à 1MIN			
<=7	2 (5,56)	6 (30,00)	
>7	34 (94,44)	14 (70,00)	0,02
pH artériel			
<=7,20	10 (27,78)	5 (25,00)	
>7,20	26 (72,22)	13 (65,00)	1
NR	0	2 (10,00)	
Poids à la naissance	3343,88 [2480 ; 4250]	3260,25 [2600 ; 4100]	0,49

Nous avons pu mettre en évidence une différence significative de l'état néonatal entre les deux groupes grâce au score d'Apgar à 1 minute. En effet, le nombre de score d'Apgar inférieur ou égal à 7 était augmenté dans le groupe n'ayant pas eu d'épisiotomie (30% versus 5,56%). **Le recours à l'épisiotomie améliorait l'état néonatal lorsque les efforts expulsifs duraient de 25 à 35 minutes (OR= 0,15 ; IC [0,013 ; 0,92]).** Toutefois, ce résultat est à modérer au vu des petits effectifs de cette analyse.

Cependant, le pH artériel au cordon était similaire entre les deux groupes avec 27,78% de pH artériel au cordon inférieur ou égal à 7,20 pour la population ayant eu une épisiotomie et 25% pour la population n'ayant pas eu d'épisiotomie.

Il en était de même pour le poids des nouveau-nés. Malgré un écart de 80 grammes entre les moyennes des poids de naissance entre les deux populations (3343,88 grammes versus 3260,25 grammes).

Quatrième partie

Analyse et Discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Forces

Notre étude analyse la pratique professionnelle des sages-femmes quant au recours à l'épisiotomie. Nous avons respecté la méthodologie des enquêtes cas-témoin et l'appariement sur la parité nous a permis d'obtenir des résultats significatifs. Le caractère comparatif de notre étude présente un niveau de preuve satisfaisant : niveau de preuve 3 selon le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (49).

Notre étude présente l'originalité d'analyser l'exercice professionnel des sages-femmes à travers une pratique courante de la profession. De plus, elle nous permet de conjecturer sur l'impact des recommandations professionnelles émises en 2005 à propos de la pratique de l'épisiotomie. Le caractère monocentrique de notre étude lui confère une valeur non négligeable dans un contexte d'analyse des pratiques professionnelles au sein de la maternité de Port Royal. Il répond, dans ce cadre, à l'exigence du Développement Professionnel Continu (DPC) mais aussi à l'un des grands principes de certification des équipes hospitalières.

4.1.2 Limites et biais

Il s'agit d'une étude monocentrique dont le nombre de patientes incluses peut être considéré comme insuffisant pour mettre en lumière une différence significative pour certaines données dont la proportion est insuffisante. Pour être plus exhaustif, nous aurions dû analyser les résultats pour l'ensemble des patientes répondant à nos critères d'inclusion sur la période d'étude, soit 271 patientes constituant le groupe cas. Ceci nous aurait certainement permis d'obtenir des résultats plus significatif notamment en constituant un groupe témoin de 542 dossiers correspondant alors à deux témoins pour un cas. Dans ce cadre, nous aurions eu à étudier 833 dossiers ce

qui nous apparut difficilement compatible avec notre formation. Cette difficulté constitue notre biais de sélection le plus important.

Par ailleurs, malgré le recueil manuel dans les dossiers, le caractère rétrospectif de l'étude est également une limite pour certaines données qui étaient peu ou pas renseignées dans les dossiers analysés. Ainsi sur le plan maternel, nous n'avons pas pu analyser la participation à la préparation à la naissance et à la parentalité, les positions lors du travail et de l'accouchement, les massages périnéaux au cours de la grossesse ou pendant le travail et l'état du périnée au moment de l'accouchement. D'autres données ont tout de même été analysées sans pouvoir conclure notamment pour les antécédents périnéaux.

Enfin, la stratégie d'analyse est centrée sur la parité avec une population de primipares et de deuxième pares. Les grandes multipares ont été exclues de l'étude à cause du nombre insuffisant de cas. Ce choix peut être associé à un biais de sélection.

4.2 Discussion des résultats

Avant tout, il est important de noter que dans la littérature, rares sont les études excluant l'extraction instrumentale pour évaluer la pratique de l'épisiotomie. Il nous a ainsi été difficile de pouvoir comparer nos résultats avec les données de la littérature.

4.2.1 Les déterminants conditionnant l'épisiotomie

Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence l'influence de certains facteurs dans la pratique de l'épisiotomie.

L'âge maternel entre 25 et 29 ans augmentait le recours à l'épisiotomie.

Les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie pour un premier accouchement semblaient ne pas en avoir pour un deuxième accouchement.

L'antécédent de césarienne lors d'un premier accouchement prédisposait la femme à une épisiotomie pour l'accouchement voie basse du deuxième enfant.

Le début des efforts expulsifs pour les présentations partie basse était moins à risque d'épisiotomie.

Les efforts expulsifs durant moins de 25 minutes diminuaient la pratique de l'épisiotomie alors que les efforts expulsifs compris entre 25 et 35 minutes augmentaient le recours à l'épisiotomie.

L'utilisation de l'épisiotomie améliorerait l'état néonatal à une minute de vie lorsque les efforts expulsifs duraient entre 25 et 35 minutes.

4.2.1.1 L'âge maternel

D'après les données d'AUDIPOG de 1994 à 2003, il existe une légère augmentation des épisiotomies lorsque l'âge des femmes primipares augmente, avec 62,89% d'épisiotomies pour les femmes de moins de 20 ans et 74,81% pour les femmes de plus de 34 ans (27).

Cependant, notre étude (cf. tableau 3) a mis en évidence une variation de pratique de l'épisiotomie en fonction de l'âge avec plus d'épisiotomie pour la tranche d'âge 25-29 ans (risque augmenté de 1,6).

D'après l'enquête périnatale de 2010, la majorité des femmes accouche pour la première fois entre 25 et 29 ans (33,2%) (48). De plus, d'après l'institut nationale de la statistique et des études économiques, l'âge moyen maternel pour un premier enfant en 2010 était de 28 ans (50). Ces résultats pourraient expliquer l'augmentation du recours à l'épisiotomie avec un nombre d'accouchement plus important et un nombre de primipares plus élevé dans cette tranche d'âge. **Le recours à l'épisiotomie pour un premier accouchement, bien que non systématique, semble encore bien présent dans les pratiques.**

4.2.1.2 Les antécédents périnéaux

Au vu du taux important de récurrence en cas de lésions périnéales sévères en présence d'antécédents de déchirures périnéales de haut degré (3^e et 4^e degré), les recommandations de 2005 exposent que la voie d'accouchement doit être discutée et que l'épisiotomie ne protège pas des récurrences (grade B).

Nous avons montré précédemment que sur la série de deuxième pares ayant eu un antécédent périnéal du 3^e degré, le recours à l'épisiotomie n'est pas systématique pour le deuxième accouchement. Bien qu'à pondérer en raison du petit nombre de patientes, ce résultat nous permet toutefois de supposer que les recommandations de 2005 sont respectées. Les patientes concernées ont pu accoucher voie basse et la pratique de l'épisiotomie a été accordée à l'appréciation clinique de la sage-femme.

Dans notre étude (cf. tableau 5), plus d'une femme sur deux ayant eu une épisiotomie pour le premier accouchement avait une épisiotomie pour le deuxième accouchement. Nos résultats montraient également que le périnée intact lors d'un premier accouchement protégeait de 95% le risque de recours à l'épisiotomie pour un deuxième accouchement (cf. tableau 5). Les RPC ne présentaient pas d'analyse concernant les antécédents d'épisiotomies.

Cependant, une étude menée par Manzanares, et al., de 2004 à 2011 en Espagne sur 2695 deuxième paires a analysé le devenir du périnée lors du deuxième accouchement en fonction de l'état périnéal du premier accouchement. Les femmes ayant eu une épisiotomie pour le premier accouchement avaient trois fois plus de risques d'avoir une épisiotomie pour leur deuxième accouchement (OR= 3,2 [2,19 ; 4,69]). Les femmes ayant eu une déchirure du deuxième degré ou plus pour leur premier accouchement étaient moins à risque d'épisiotomie pour le deuxième accouchement (OR= 0,42 [0,25 ; 0,72]) (51). Une autre étude menée par Martin, et al., au Canada en 2001 (n=1895) incluant seulement les femmes ayant eu une déchirure périnéale du deuxième degré ou plus lors du deuxième accouchement, montre pour ces patientes que 13,4% d'entre elles avaient un antécédent de périnée intact ou de déchirure du premier degré, 36,1% d'entre elles avaient un antécédent de déchirure du deuxième degré et 44,8% d'épisiotomie lors du premier accouchement. Martin, et al., concluaient dans cette même étude sur le risque de dommages périnéaux plus important après une épisiotomie qu'après une déchirure du second degré, bien que dans la pratique clinique, les deux semblent comparables (52). A la lecture de ces résultats, il semblerait qu'un lien existe entre l'antécédent d'épisiotomie et le devenir périnéal pour les accouchements futurs. Les résultats de notre étude vont dans ce sens puisque que 52,17% de nos patientes ayant eu une épisiotomie pour le premier accouchement, en ont eu pour le deuxième accouchement et surtout, seul 17% ont un périnée intact. Plus de précisions seraient certainement apportées si une étude comparative permettait d'analyser le devenir périnéal des deuxièmes paires selon leur antécédent périnéal, à savoir épisiotomie versus déchirure du deuxième degré.

4.2.1.3 Les antécédents de césarienne

Notre étude a montré un risque multiplié par 8,79 de recours à l'épisiotomie en cas d'antécédents de césarienne (cf. tableau 4). Une étude rétrospective menée en

Israël par Nir Melamed en 2011 (n=93) comparant le devenir des femmes en travail en cas d'antécédent de césarienne retrouvait un taux de 40,9% d'épisiotomie pour les femmes qui accouchaient voie basse spontanément (n=45) ou à l'aide d'une extraction instrumentale (n=12) (53).

Au vu de ses résultats, il semblerait qu'un lien existe entre l'antécédent de césarienne et le devenir périnéal pour le deuxième accouchement. En effet, nos résultats montrent un taux d'épisiotomie multiplié par 8,79 en cas d'antécédent de césarienne pour un premier bébé. Plus de précisions serait probablement apporté si la justification du recours à l'épisiotomie était indiquée dans les dossiers. Ce résultat confirme notre hypothèse selon laquelle **le recours à l'épisiotomie pour un premier accouchement voie basse, bien que non systématique, soit encore bien présent dans les pratiques des sages-femmes.**

Il semble que ce sujet de recherche soit à ce jour très peu étudié, ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats avec d'autres cohortes d'études.

4.2.2.4 La hauteur de la présentation

Par l'expertise clinique, la sage-femme diagnostique la hauteur de présentation et évalue le moment idéal pour débiter les efforts expulsifs.

Néanmoins, en France, à dilatation complète, il est communément admis que la descente du mobile fœtal dans la filière pelvienne n'excède généralement pas deux heures. Par ailleurs, une étude rétrospective sur 1191 primipares mettait en évidence une augmentation significative du recours à l'épisiotomie allant de 52% pour les patientes accouchant au bout d'une heure à 73% pour les patientes accouchant au bout de 4 heures (54). De façon implicite, nous pouvons penser que l'attente à dilatation complète liée très certainement à une hauteur de présentation haute serait associée à des efforts expulsifs conditionnant le recours à l'épisiotomie. Dans ce cas, les résultats de notre étude vont dans le sens de cette publication puisque la présentation partie basse est moins à risque d'épisiotomie (**OR= 0,54 [0,29 ; 1]**). Nous aurions donc pu étudier ce paramètre afin de vérifier s'il existe un lien entre la durée à dilatation complète et le recours à l'épisiotomie.

Lors de la descente de la présentation dans la filière pelvienne, les tissus périnéaux doivent s'étirer. Cette progression du mobile fœtal s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus. L'ampliation rapide lors des

efforts expulsifs peut entraîner des dommages au niveau des structures périnéales à cause de la mise en tension trop brutale du périnée postérieur (15). Il aurait été intéressant de vérifier si chez les primipares dont les efforts expulsifs ont duré moins de 10 minutes (laissant supposer une ampliation rapide), il y a un taux plus important d'épisiotomie ou de déchirure du deuxième degré.

Dans notre étude, le début des efforts expulsifs à la présentation partie basse protégeait du recours à l'épisiotomie avec une réduction de 46% du risque d'épisiotomie (cf. tableau 8). Nous pouvons l'expliquer par une application progressive de la présentation foetale sur les tissus périnéaux qui permet un étirement progressif et uniforme. Ainsi, les tissus périnéaux s'adaptent progressivement à cet étirement.

Cependant, nous n'avons pas retrouvé dans la revue de la littérature des études pouvant ajuster notre résultat.

4.2.1.5 Les efforts expulsifs

Les RPC sur les modalités de surveillance pendant le travail ont établi que « Les études faites sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs. Elles permettent cependant de dire qu'il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise (30 minutes chez la primipare) pour cette phase (grade C)» (55).

Nous avons montré dans notre étude que le recours à l'épisiotomie était multiplié par deux lorsque les efforts expulsifs duraient entre 25 et 35 minutes et que les efforts expulsifs inférieurs à 25 minutes protégeaient de l'épisiotomie avec un risque divisé par deux (cf. tableau 8). La pratique de l'épisiotomie semble suivre les recommandations du CNGOF pour les efforts expulsifs atteignant 30 minutes.

Pourtant, dans un grand nombre de pays, la durée des efforts expulsifs dépasse largement la pratique française avec des moyennes pouvant pratiquement atteindre une heure avec des issues néonatales comparables à nos pratiques notamment en Angleterre, au Canada ou aux Etats-Unis. Certaines données anciennes de la littérature montraient une corrélation entre de mauvais résultats biologiques néonataux et la durée prolongée des efforts expulsifs avec, toutefois, un certain nombre de biais à ne pas négliger. De plus, la seule alternative aux efforts expulsifs

supérieurs à 30 minutes semble être l'extraction instrumentale ce qui constitue une intervention encore plus délétère pour la femme que la prolongation des efforts expulsifs (56).

En réponse à ces allégations, une revue de la littérature menée par J.-P. Schaal, et al., en 2009 indique que la prolongation du deuxième stade du travail devrait se faire sur la phase de descente, ce qui est moins néfaste pour la mère et l'enfant. Un certain nombre d'articles s'orienterait vers des efforts expulsifs n'excédant pas 30 minutes pour éviter la détérioration des résultats biologiques néonataux. L'auteur indique également que, dans la grande majorité des cas, le fœtus peut supporter cette phase mais qu'il faudrait être certain de pouvoir diagnostiquer les fœtus qui ne le pourraient pas. Pour ces derniers, c'est donc le facteur temps qui reste le seul moyen permettant de limiter le risque d'hypoxie (57). Une étude rétrospective datant de 1994 réalisée par Gerrits, et al., (n=1272 primipare) mettait en lumière une augmentation du taux d'épisiotomies pratiquées par les sages-femmes lorsque les efforts expulsifs duraient plus de 30 minutes en comparaison aux efforts expulsifs de moins de 30 minutes (respectivement OR=1,7 pour les efforts expulsifs entre 30 et 60 minutes et 3,7 pour ceux supérieurs à 60 minutes, avec pour les deux un $p < 0,001$) (58). Cette tendance est retrouvée dans nos résultats puisque les efforts expulsifs allant de 25 à 35 minutes conditionnent un recours à l'épisiotomie multiplié par 2.

L'appréciation clinique de la descente du mobile fœtal et du rythme cardiaque fœtal semble avoir toute son importance lors de cette phase qui est aussi plus fréquemment associée à une perte de signal du RCF (59). De plus, deux études révèlent que les principales causes de recours à l'épisiotomie pour des raisons fœtales étaient soit la perte de signal soit la présence d'ARCF (60,61).

Notre étude montre que la période des efforts expulsifs allant de 25 à 35 minutes est une période critique pendant laquelle la sage-femme prend une décision sans pour autant que plus de risques y soient associés (ARCF) : les recommandations du CNGOF, indiquant le recours à l'extraction instrumentale en cas d'efforts expulsifs sans ARCF au-delà de 30 minutes d'efforts expulsifs, conditionnent très certainement la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes. La non augmentation du taux d'extraction instrumentale pour des efforts expulsifs non efficaces est certainement liée à une pratique de l'épisiotomie entre 25 et 35 minutes.

Depuis la publication de C. Le Ray (56), il semblerait qu'une politique plus libérale sur la durée des efforts expulsifs mais aussi la durée à dilatation complète sans ARCF tendraient à un accord pour des efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes et une durée de stagnation à dilatation complète pouvant aller jusqu'à 3 heures. Aussi, nos résultats mériteraient d'être confrontés à ceux obtenus pour des patientes répondant aux mêmes critères d'inclusion dans un délai raisonnable pour l'intégration de ces modifications dans la pratique.

4.2.1.6 L'état néonatal entre 25 et 35 minutes d'efforts expulsifs

Dans notre étude, nous avons constaté une augmentation du nombre de scores d'Apgar inférieur ou égal à 7 à une minute de vie dans le groupe sans épisiotomie pour des efforts expulsifs durant 25 à 35 minutes. Dans ce cas, le recours à l'épisiotomie améliorerait de 85% l'adaptation à la vie extra utérine à une minute de vie. Néanmoins, nous n'avons pas révélé de corrélation avec les pH artériels fœtaux au cordon ou avec les ARCF avant l'accouchement (cf. tableau 24). Ce résultat semble en adéquation avec la moyenne des scores d'Apgar à 5 ou 10 minutes de vie. Aussi, si le recours à l'épisiotomie montre une amélioration du score d'Apgar à une minute de vie, il n'impacte pas pour autant le devenir néonatal.

De plus, les efforts expulsifs supérieurs à 35 minutes n'étaient pas en lien avec une mauvaise adaptation de la vie extra utérine car aucun score d'Apgar inférieur ou égal à 7 pour le groupe sans épisiotomie n'a été retrouvé (n=7) et un seul score d'Apgar inférieur ou égal à 7 pour le groupe épisiotomie a été observé (n=8).

Nos résultats ne montraient donc pas une corrélation entre hypoxie fœtale et mauvaise adaptation à la vie extra utérine puisque les pH artériels fœtaux au cordon inférieur à 7,20 ne montraient aucune différence entre les deux groupes.

Plusieurs études ont montré une corrélation entre la durée des efforts expulsifs et la diminution des critères biologiques reflétant l'état de naissance (57,59).

Dans une étude finlandaise rétrospective par questionnaire réalisée en 2006 par Räisänen, et al., sur les facteurs associés à l'épisiotomie (n= 874), le score d'Apgar inférieur à 7 ne montrait pas de différence significative entre les femmes ayant eu une épisiotomie et les femmes n'ayant pas eu d'épisiotomie (10,6% versus 6,4%). Cette étude ne détaillait pas le score d'Apgar en fonction des efforts expulsifs (62).

Dans une autre étude réalisée de 2003 à 2010 par Salustiano, et al., au Brésil, recherchant les causes d'un score d'Apgar bas (n=484), l'épisiotomie n'était pas associée à une amélioration de l'état néonatal à la naissance avec un taux de 64,4% d'épisiotomies pour les scores d'Apgar inférieurs à 7 et 67,9% pour les scores d'Apgar supérieurs ou égaux à 7. Cette étude ne précisait pas le score d'Apgar en fonction de la durée des efforts expulsifs (63).

Dans la littérature anglo-saxonne, rares sont les études séparant la phase passive et la phase active du deuxième stade du travail. La corrélation entre épisiotomie et score d'Apgar ne semble pas avoir lieu. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé d'étude démontrant un lien entre le score d'Apgar bas, l'épisiotomie et la durée des efforts expulsifs. De plus, le résultat de notre étude ne peut être généralisé à toutes les situations à cause de l'effectif trop faible dans chaque groupe pour cette donnée.

4.2.2 Les tendances conditionnant l'épisiotomie

Quelques données semblaient influencer le recours à l'épisiotomie sans valeurs significatives telles que l'origine géographique maternelle, l'indice de masse corporel maternel, la hauteur utérine supérieure au terme, les variétés de présentations postérieures et la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

En ajustant nos populations sur la hauteur utérine augmentée par rapport au terme, nous avons trouvé que l'IMC aurait tendance à influencer le recours à l'épisiotomie. En ajustant nos populations sur les efforts expulsifs, nous avons pu mettre en évidence des tendances à augmenter ou à diminuer la pratique de l'épisiotomie pour certaines données telles que la hauteur de la présentation et la présence d'ARCF (sans valeurs significatives).

4.2.2.1 L'origine géographique maternelle

L'origine géographique maternelle semblait orienter la pratique de l'épisiotomie. Dans notre étude, les femmes caucasiennes avaient moins d'épisiotomies et les femmes originaires d'Afrique du Nord en avaient davantage (cf. tableau 3). Pourtant, les résultats du réseau sentinelle AUDIPOG de 2003 montrent une faible variation du taux d'épisiotomies selon l'origine géographique (avec 70,82% pour la France métropolitaine et 68,89% pour les femmes d'Afrique du Nord) (27). Toutefois, les recommandations de 2005 parlent de publications ayant montré une différence du nombre de périnée intact selon l'origine des parturientes (27). Notamment, dans une

étude réalisée par Howard, et al., de 1996 à 1998 dans le Michigan n'incluant que les primipares, la probabilité d'avoir un périnée intact était deux fois plus importante chez les femmes de phénotype noir ($p=176$) que les femmes de phénotype blanc ($p=1633$) avec 22,3% d'épisiotomie médiane pour les femmes de phénotype noir et 34,8% pour les femmes de phénotype blanc ($p= 0,003$) (64). Une autre étude menée sur 34048 femmes par Goldberg, et al., de 1983 à 2000 retrouvait un taux d'épisiotomie de 15,1% pour les femmes de phénotype blanc, 19,3% pour les femmes de phénotype noir, 32,3% pour les femmes asiatiques et 17% pour les femmes hispaniques. A noter que dans cette étude, le phénotype noir était un facteur protecteur de traumatisme grave du périnée (65). Une étude de Wu, et al., en 2011 à Singapour ($n=454$) reprenant les risques et les raisons des sages-femmes de pratiquer une épisiotomie montrait un taux d'épisiotomie de 36,1% pour les femmes asiatiques (versus 28,1%), 42% pour les femmes maliennes (versus 48,2%) et 14,2% pour les femmes indiennes (versus 8,1%) (61).

Il existe une grande variabilité de résultat en fonction du lieu de réalisation de l'étude. Toutefois, la littérature semble s'accorder sur l'augmentation du recours à l'épisiotomie pour certaines origines telles que les femmes d'origine africaine ou les femmes d'origine asiatique.

4.2.2.2 L'Indice de Masse Corporelle

Dans une étude de cohorte prospective de nullipares menée en Angleterre par Macleod, et al., en 2005 ($n= 1360$), l'étude de l'IMC supérieur à 30kg/m^2 entre une population ayant eu une épisiotomie et une autre population n'ayant pas eu d'épisiotomie, ne montrait aucune différence (66). Une étude réalisée par Barbiet, et al., de 1998 à 2003 en France sur les facteurs de risques de lésions sphinctériennes ($n=130$) révélait une augmentation de l'IMC dans le groupe des lésions sphinctériennes sévères avec une moyenne de $25,6\text{kg/m}^2$ versus $23,4\text{kg/m}^2$ ($p=0,003$). Cette étude ne retrouvait pas de différence pour l'obésité maternelle (67). Cependant, ces études incluaient les accouchements par ventouse et forceps.

Dans notre étude, nous avons décrit une tendance au recours à l'épisiotomie lorsque l'IMC était inférieur à $18,5\text{kg/m}^2$ (cf. tableau 3) et une augmentation du taux d'épisiotomie lorsque l'IMC était inférieur à 25kg/m^2 pour les hauteurs utérines supérieures au terme (cf. tableau 11). La littérature s'orienterait plutôt vers une augmentation du taux d'épisiotomie en cas d'IMC augmenté comme l'indique l'extrait du tome XXVIII des mises à jour du CNGOF avec une indication classique du

recours à l'épisiotomie pour les périnéales graisseuses des femmes en obésité (sans aucune donnée de niveau de preuve 1) (68).

4.2.2.3 La hauteur utérine supérieure au terme

Les recommandations de 2005 avaient conclu d'une part qu'une épisiotomie en cas de suspicion de macrosomie ne pouvait pas être systématiquement pratiquée à cause de la difficulté du diagnostic en pratique clinique et paraclinique, et d'autre part qu'aucun travail n'a fait la preuve de l'avantage de la pratique de l'épisiotomie dans le cas de suspicion de macrosomie révélée avant l'accouchement (19).

Pourtant, la suspicion de « gros bébé » reste une indication de pratique de l'épisiotomie en cas de difficultés aux épaules sans que celle-ci ne soit systématique (15). La macrosomie demeure l'un des facteurs de risque de déchirure du 3^e et du 4^e degré (2).

Les revues de la littérature semblent en accord pour dire que l'estimation clinique du poids fœtal n'a pas de très bonne corrélation avec le poids de naissance en cas de macrosomie. La détection de celle-ci est correcte dans 30 à 50% des cas. Toutefois, il a été montré que le tracé d'une courbe de hauteur utérine pendant la grossesse permettait d'augmenter la détection des petits et des gros poids de naissance. De plus, la hauteur utérine associée à l'échographie permettrait une meilleure détection des fœtus macrosomes (69). Une revue de la Cochrane concluait que, malgré son très faible coût et son utilisation internationale, il n'y a pas suffisamment d'études pour évaluer l'utilisation de la hauteur utérine dans le suivi prénatal (70).

Dans une étude rétrospective de 1994 à 1995 menée par Robinson, et al., (n=1576), le recours à l'épisiotomie était augmenté en présence de macrosomie (5,5% versus 10,2%). La macrosomie multipliait par 1,6 la pratique de l'épisiotomie (71). Dans une étude rétrospective multicentrique plus récente menée en 1999 par Battalan, et al., (n=767), l'épisiotomie était réalisée dans les mêmes proportions dans le groupe macrosomie et dans le groupe témoin (46,2% versus 49,7%). L'étude déplorait une augmentation des lésions sphinctériennes en cas de macrosomie (1,7% versus 0,3%) (72). Malheureusement, dans ces deux études, la macrosomie était définie a posteriori de l'accouchement comme étant un poids supérieur à 4 kilogrammes.

Une autre étude élaborée par le réseau sentinelle AUDIPOG en 2012 a comparé les issues obstétricales et néonatales des enfants nés macrosomes ayant un poids de

naissance supérieur ou égal à 4000g. L'étude compare les issues entre la suspicion de macrosomie pendant la grossesse et la non suspicion de macrosomie pendant la grossesse lorsque l'enfant naissait macrosome. La suspicion de macrosomie pendant la grossesse augmentait significativement le recours à l'épisiotomie (61,6% versus 50,2%, $p < 0,01$) et diminuait la fréquence de déchirures périnéales sévères (1,7% versus 0,9%, $p = 0,02$). Cette étude permet de voir l'influence du diagnostic de macrosomie avant l'accouchement sur la décision du praticien à effectuer ou non une épisiotomie. Toutefois, dans cette étude, la macrosomie pendant la grossesse était détectée par des biométries supérieures au 97^e percentiles et non par la hauteur utérine (73). Dans une autre étude prospective réalisée en 2012 par Perdrille-Galet, et al., la détermination du poids fœtal juste avant l'entrée en travail par l'échographie était largement sous-estimée par rapport à l'évaluation clinique de la sage-femme et l'évaluation sensorielle de la patiente (74).

Dans notre étude, nous avons étudié l'influence de la hauteur utérine supérieure au terme avant l'accouchement sur la pratique de l'épisiotomie. Nous avons révélé une tendance à l'augmentation du recours à l'épisiotomie lorsque la hauteur utérine était supérieure au terme (cf. tableau 6).

Au vu de la littérature, la mesure de la hauteur utérine ne semble pas un bon moyen diagnostique pour la macrosomie. Cependant, il s'agit du premier outil à disposition de la sage-femme pour évaluer le poids fœtal avant l'accouchement (meilleure corrélation que l'échographie). Le recours à l'épisiotomie au moment de l'accouchement peut donc s'expliquer par la prévention des lésions périnéales sévères et en cas de nécessité de manœuvres obstétricales (dystocie des épaules).

4.2.2.4 La présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal

Les recommandations du CNGOF ont admis que « l'épisiotomie libérale n'améliorait pas l'état néonatal par rapport à l'épisiotomie sélective dans la population générale des fœtus (grade C). Toutefois, devant un tracé d'expulsion non rassurant, l'épisiotomie pour réduire le temps d'expulsion est une indication à retenir (avis d'expert). Il en va de même en cas d'impossibilité d'extraction fœtale (sage-femme seule) » (19). Très peu d'études ont été publiées sur les anomalies du rythme cardiaque fœtal en lien avec l'épisiotomie sans recours à l'extraction instrumentale. Gerrits, et al., ont montré dans leur étude de 1994 sur les raisons de l'utilisation de l'épisiotomie ($n = 1271$), que le recours à celle-ci était 1,6 fois plus fréquent en cas d'hypoxie fœtale présumée (notamment anomalies du rythme cardiaque fœtal) (58).

Dans une étude de 2012 réalisée en Inde (n=163), les anomalies du rythme cardiaque fœtal faisaient partie des indications du recours à l'épisiotomie (4,3%) mais bien après l'état de tension du périnée (27,6%) ou le diagnostic de « gros bébé » (27%) (75).

Dans une étude de cohorte néerlandaise de 2009 à 2011 (n=3404), la deuxième des principales indications du recours à l'épisiotomie était la présence d'une hypoxie perinatale (21,9%), la principale raison étant la prolongation de la deuxième phase du travail (28,8%) (76).

Enfin, deux études menées en 2011 par Wu, et al., interrogeant les sages-femmes de Singapour (l'une par entretien et l'autre par questionnaire) ont mis en évidence que l'une des principales raisons fœtales du recours à l'épisiotomie était l'hypoxie fœtale diagnostiquée par les anomalies du rythme cardiaque fœtal. L'étude par entretien précisait que le mauvais enregistrement et/ou l'absence d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal influençait la pratique de l'épisiotomie (60,61).

Dans notre étude, la présence d'anomalies du rythme aurait tendance à augmenter le recours à l'épisiotomie (cf. tableau 8). Cette pratique semble suivre les recommandations du CNGOF. Toutefois, nous n'avons pas révélé de corrélation avec l'adaptation néonatale, c'est-à-dire que les pH artériels fœtaux au cordon et le score d'Apgar n'étaient pas améliorés dans le groupe épisiotomie.

De plus, dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que la pratique de l'épisiotomie lors d'ARCF semblait augmenter lorsque les efforts expulsifs débutaient partie moyenne et semblait diminuer lorsque les efforts expulsifs débutaient partie basse. Cette pratique est toujours en accord avec les recommandations du CNGOF qui suggèrent une pratique de l'épisiotomie pour réduire le temps d'expulsion en cas d'ARCF (19). Nous avons vu précédemment que lors des efforts expulsifs, l'enregistrement du RCF est très difficile à obtenir ce qui peut influencer la décision du praticien en cas d'ARCF ou d'absence d'enregistrement du RCF pendant l'expulsion.

4.2.3 Déterminants de l'épisiotomie non analysables dans l'étude

4.2.3.1 Mutilation sexuelle, excision

Dans notre étude, sur 314 dossiers, seul un dossier renseignait sur l'état périnéal de la femme avec la présence d'une excision. En 2004, l'institut national d'études démographiques estimait à 50 000 le nombre de femmes excisées en France.

Le CNGOF estimait, en 2005, qu'il n'y avait pas assez de preuves quant à la nécessité de pratiquer une épisiotomie en cas de périnée cicatriciel (19). Une étude prospective de 2007 au Burkina Faso menée par Millogo-Traore, et al., sur l'excision a permis de mettre en évidence un allongement de la durée d'expulsion, une augmentation de déchirures périnéales mais surtout une augmentation du recours à l'épisiotomie (41,90% versus 24,70%, $p < 0,001$) (77). Ces résultats sont similaires à une autre étude de 1997 menée par Hakim sur l'impact des mutilations sexuelles sur les issues maternelles et néonatales au moment de l'accouchement. L'étude retrouvait une augmentation du recours à l'épisiotomie en cas d'excision (43% versus 24,6%) (78).

La femme ayant été excisée semble plus à risque d'épisiotomie, il est donc important que l'information lui soit transmise pendant la grossesse. En effet, les souvenirs et les traumatismes de l'excision sont très certainement réactivés au moment de la grossesse en raison des examens gynécologiques. L'accouchement et la perspective éventuelle de l'épisiotomie contribuent probablement à faire ressurgir ces blessures. Il est à noter que pour certains auteurs l'épisiotomie est une mutilation de l'appareil génital féminin (79). C'est très certainement ce ressenti exprimé par les usagères à travers le CIANE qui a permis d'interroger la pratique et ses répercussions permettant l'émission des recommandations du CNGOF (40).

4.2.3.2 Déterminants anténataux

4.2.3.2.1 Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

Depuis le début du siècle, la préparation à la naissance s'oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans leur projet de naissance (80). Lors des séances, plusieurs points sont

abordés tels que le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance, le séjour à la maternité et l'allaitement (14).

Il paraît pertinent que l'information sur l'épisiotomie soit donnée aux patientes pendant l'une de ces séances pour la préparer aux éventuelles complications liées à ce geste et pour désacraliser une pratique souvent redoutée par les femmes.

Dans notre étude, la participation à la PNP n'a pas pu être analysée par manque de cette information dans les dossiers.

Pourtant, un article des RPC soulignait que le seul fait que la femme connaisse son anatomie, le déroulement du travail et de l'accouchement, le type de poussée et les positions maternelles devrait pouvoir faciliter le déroulement du travail et satisfaire les femmes concernant leur accouchement (accord professionnel) (81). Cet article de 2005 déplorait également l'absence d'étude randomisée sur l'intérêt de la préparation à la naissance pour diminuer le recours à l'épisiotomie (81), ce qui semble toujours le cas.

4.2.3.2.2 Massage périnéal en anténatal

Il s'agit d'une technique qui est proposée aux patientes permettant d'assouplir le périnée et de rendre extensible les tissus périnéaux pour limiter les déchirures périnéales ou le recours à l'épisiotomie. Le massage est pratiqué avec deux doigts gantés et lubrifiés introduits dans le vagin à 3-4cm de profondeur. Une pression sur le plancher vaginal en direction du rectum est exercée avec des mouvements de balayage, doux, lents et réguliers d'une durée d'une seconde dans chaque direction (82).

Dans une revue de la littérature de la Cochrane, réétudiée en 2013, les femmes qui pratiquaient le massage périnéal anténatal étaient moins susceptibles d'avoir une épisiotomie à hauteur de 16% (4 essais : 2480 femmes, RR= 0,84, IC à 95% [0,74-0,95]). Ce résultat est également retrouvé chez les femmes n'ayant jamais accouché (4 essais : 1988 femmes, RR= 0,83, IC à 95% [0,73-0,95]) (83).

Dans notre étude, nous n'avons pas pu évaluer la pratique de massage périnéal anténatal car cette pratique n'est rarement voire jamais renseignée dans les dossiers. Pourtant, au vu de la revue de la Cochrane, cette technique permettrait de diminuer significativement le nombre de déchirures périnéales mais surtout permettrait de diminuer significativement le recours à l'épisiotomie. La traçabilité de

l'explication de cette technique devrait être notée dans les dossiers et l'information devrait être communiquée à toutes les femmes pendant leur grossesse.

4.2.3.3 Déterminants per-natals

4.2.3.3.1 Variétés de présentation

Pendant le travail, le taux de variétés occipito-postérieures est d'environ 20%. Une majeure partie s'oriente en antérieure mais 5% de ces présentations demeurent en variété postérieure (84). Riehtmuller, et al., dans une étude rétrospective de 210 accouchements en occipito-sacré, indiquaient que la pratique de l'épisiotomie s'élevait à 58% et que les périnées complets ou compliqués étaient de 2,4% sans extraction instrumentale (85). Les recommandations de 2005 ont indiqué qu'il n'existait pas de preuve suffisante pour conseiller la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de variété postérieure (Accord professionnel) (19).

Dans notre étude, toutes les patientes avec une variété de présentation postérieure lors de l'accouchement ont eu une épisiotomie, sans révéler de différence significative avec le groupe sans épisiotomie. Cependant, la politique de rotation manuelle interne des variétés postérieures à Port Royal et de ce fait, le nombre insuffisant de variétés postérieures recueillies dans notre étude ne permet pas de conclure à un lien entre la réalisation d'une épisiotomie et les présentations en occipito-sacré. Il serait donc plus judicieux pour établir et étudier le lien entre la présentation postérieure et le recours à l'épisiotomie de mener notre étude dans un établissement qui n'a pas de politique de pratique systématique de rotation manuelle en cas de diagnostic de rotation postérieure.

4.2.3.3.2 Positions d'accouchement

Dans notre étude, nous avons volontairement exclu les positions autres que gynécologique en raison de leurs utilisations exceptionnelles à Port royal en 2012. En effet, la position gynécologique a été longtemps utilisée pour les accouchements surtout dans les pays occidentaux. Toutefois, les variations de position lors du travail et de l'accouchement ont progressivement repris leur place en salle de naissance conjointement au nombre de publications favorables à cette pratique. Beaucoup d'études ont montré la diminution du taux d'épisiotomie lorsque la position d'accouchement n'était pas gynécologique. La plus grande d'entre elles est la méta-

analyse de Gupta, et al., (86) revisitée en 2012 et centrée sur les accouchements sans analgésie péridurale. Elle a mis en évidence :

- une diminution de l'épisiotomie lorsque l'accouchement est en position verticale par rapport à la position sur le dos (12 essais : moyenne RR = 0,79, IC 95% [0,70-0,90]) sans augmenter le nombre de déchirures du 2^e et 3^e degré,
- une diminution de l'épisiotomie lorsque l'accouchement est en position accroupie en comparaison à la position d'accouchement allongée (7 essais : RR = 0,82, IC 95% [0,72-0,92]),
- une diminution de l'épisiotomie pour les accouchements sur une chaise de naissance par rapport à la position d'accouchement sur le dos.

Toutefois, la même méta-analyse centrée sur les accouchements avec une analgésie péridurale ne permet pas d'apporter de conclusions (87).

De plus, dans ces méta-analyses, la position en décubitus latéral était considérée comme position horizontale.

Une étude rétrospective cas témoin comparant décubitus latéral et décubitus dorsal effectué au CHU de Tour (n=625) a permis de montrer une diminution significative du taux d'épisiotomie en décubitus latéral (n=215) par rapport au décubitus dorsal (n=430) avec 17% versus 44,7% (p= 0,006) chez les nullipares. Cette diminution de recours à l'épisiotomie s'est également retrouvée chez les multipares (8,6% versus 30,7%, p= 0,0001) (88).

L'utilisation de positions d'accouchement autres que gynécologique semble un bon moyen de réduire le taux d'épisiotomie. Toutefois, ces positions semblent adaptées à un accouchement le plus physiologique possible, c'est-à-dire sans analgésie péridurale ou sans pathologie qui nécessiterait une prise en charge rapide pendant l'accouchement en cas de détérioration des états maternel ou fœtal.

4.2.3.3.3 Massage périnéal pendant le travail

L'intérêt du massage avec une solution hydrosoluble pendant la deuxième phase du travail a été évalué par une méta-analyse de la Cochrane de 2011. Cette étude n'a pas permis de démontrer que le massage périnéal au cours de la deuxième phase du travail permettait d'augmenter le taux de périnée intact. Cependant, il a pu être mis en évidence une diminution du taux de déchirures du 3^e et 4^e degré par rapport à l'absence de massage (2 essais : 2147 patientes, RR= 0,52, IC95% [0,29- 0,94]).

Toutefois, cette méta-analyse n'a pas révélé de différence significative sur le recours à l'épisiotomie avec ou sans massage pendant le travail (84,89).

Le massage périnéal n'a pu être évalué dans notre étude car soit cette pratique n'était pas renseignée dans les dossiers soit elle n'était pas réalisée à Port Royal.

Au vu des résultats pour les déchirures périnéales sévères, le massage pendant le travail devrait être pratiqué, selon l'expertise du praticien, aux femmes dont le périnée semble à risque de lésions graves et donc à risque d'épisiotomie.

4.2.3.3.4 Application de compresses chaudes

La méta-analyse de la Cochrane menée en 2011 sur la prévention des lésions périnéales lors de la deuxième phase de travail n'a pas mis en évidence d'effet bénéfique quant à l'application de compresses chaudes sur la diminution du recours à l'épisiotomie. Cependant, cette technique pendant la deuxième phase de travail permettrait de réduire le taux de déchirure périnéale du 3^e et 4^e degré (2 essais : 1525 patientes, RR= 0,48, IC95% [0,28-0,84]) (84,89).

Comme pour le massage périnéal pendant la deuxième phase du travail, l'application de compresses chaudes sur le périnée devrait être utilisée, selon l'expertise clinique du praticien, aux femmes dont le périnée semble à risque de déchirures sévères et donc à risque d'épisiotomie.

4.2.3.3.4 L'expertise clinique de la sage-femme

L'expertise clinique de l'accoucheur devrait être le principal déterminant du recours à l'épisiotomie selon les recommandations (19). Cette évaluation clinique étant dépendante de l'accoucheur, la justification de l'indication de l'épisiotomie semble être essentielle. Ce geste étant un acte chirurgical et nécessitant une certaine technique, il semble judicieux de noter l'indication de sa réalisation et sa technique de réfection dans les dossiers. De plus, dans une politique de réduction du taux d'épisiotomie, la justification du recours à l'épisiotomie pourrait amener la sage-femme à s'interroger sur l'indication de ce geste au moment de sa réalisation. Des études sur ce sujet devraient être réalisées.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu analyser la pratique de l'épisiotomie en fonction de la sage-femme. Le *turn over* en salle de naissance à Port Royal étant trop important, il nous a paru difficile d'analyser le recours à l'épisiotomie en fonction de chaque sage-femme. Pourtant, Konstantiniuk, et al., ont constaté que le recours à

l'épisiotomie était dépendant de la sage-femme avec des taux allant de 31,6% à 76,9% suivant la sage-femme (34). Pour réduire le recours à l'épisiotomie chez les professionnels, les recommandations de 2005 suggèrent que le retour du taux d'épisiotomie pour chaque professionnel d'un service pourrait influencer le taux d'épisiotomie global au sein d'un service (78). Une étude danoise réalisée par Henriksen, et al., en 1994 après retour individuel du taux d'épisiotomie sous forme de graphique, montrait une réduction du taux d'épisiotomie de 6,6% (90).

Cinquième partie

Propositions

5.1 Communication

Avec la présence des médias et notamment d'internet, la diffusion d'une information claire et précise par les acteurs de santé semble essentielle pour limiter les répercussions d'une information subjective et déloyale. Ainsi, les femmes pourraient envisager leur accouchement de façon plus sereine en écartant d'elle-même les craintes d'une naissance traumatique pour leur corps et/ou pour leur état psychique. De plus, même si le taux d'épisiotomie est passé de 68% en 2003 à 44% en 2010 pour la primipare, il semble que près d'une future maman sur deux aura une épisiotomie.

La transmission d'une information sur l'épisiotomie auprès des usagères paraît donc primordiale.

Cette information pourrait être initiée lors de la consultation du 6^{ème} mois en invitant les patientes à réfléchir sur un projet de naissance tout en abordant l'éventualité de l'épisiotomie.

Une communication plus complète de ces informations pendant la grossesse, pourrait s'effectuer lors de la préparation à la naissance et à la parentalité qui semble l'endroit idéal pour aborder la question de l'épisiotomie, son but, ses indications et ses répercussions dans le post partum et les soins à apporter. La PNP étant un moyen d'information et un lieu de réflexion allant dans le sens d'une satisfaction des patientes (comme le soulignent les recommandations), l'information sur l'épisiotomie semble y avoir sa place.

Que l'information soit donnée en consultation ou en PNP, il paraît nécessaire de rappeler et d'insister auprès des femmes sur le caractère non systématique de l'épisiotomie (quel que soit la situation clinique spécifique) et ainsi de préciser que le recours à l'épisiotomie est essentiellement basé sur l'expertise clinique de leur accoucheur, ne l'effectuant qu'en cas de nécessité. La mise en lumière de ces deux éléments permettrait de « démystifier » l'épisiotomie encore largement redoutée chez les patientes.

L'évocation de techniques protectrices de l'épisiotomie telles que le massage périnéal anténatal devrait également faire partie de cette information. L'explication

rapide de la technique pendant l'examen clinique donnerait aux femmes la possibilité et le moyen de préparer la sollicitation de leur périnée lors de leur accouchement et de devenir, quelque part, actrices de leur prise en charge.

5.2 Exercice clinique

L'une des conséquences de la diminution du recours à l'épisiotomie est la diminution de pratique du geste technique par les sages-femmes. Cette conséquence majeure la nécessité de se former sur la réalisation, la réfection et les soins post-épisiotomie, pour maintenir le niveau d'expertise sur la technique et éviter d'importants retentissements pour les femmes, permettant d'avoir un meilleur vécu de l'accouchement. La formation sur les différentes techniques de sutures nous paraît donc également indispensable.

Par ailleurs, pour réduire le taux d'épisiotomie, notamment chez les primipares et répondre aux attentes des femmes, la formation aux différentes techniques permettant la protection du périnée lors de l'expulsion paraît primordiale pour l'exercice de la profession.

Depuis la fin de notre étude, la formation aux différentes positions d'accouchement a été délivrée aux sages-femmes de Port Royal. Il serait intéressant d'analyser les répercussions de l'utilisation de ces positions sur le taux global d'épisiotomie au sein de cette maternité.

5.3 Pratiques professionnelles

L'épisiotomie est un acte redouté par les femmes et peut être souvent associée à une mutilation d'un trait spécifique du genre féminin. Bien que dans la plupart des dossiers soient répertoriés les antécédents périnéaux, une partie non négligeable de dossiers ne renseigne pas sur l'état du périnée lors d'un précédent accouchement ou en cas de mutilation sexuelle. Pourtant, la traçabilité des antécédents périnéaux ou de mutilations sexuelles semble avoir toute son importance. Le vécu et le ressenti des femmes sont nécessaires à recueillir pour laisser émerger et aider à apaiser les angoisses ou les blessures qu'une éventuelle épisiotomie peut faire ressurgir lors de leur futur accouchement.

Cependant, même si la majorité des antécédents d'épisiotomies est recueillie, la traçabilité de son indication lors de l'accouchement n'est pas inscrite dans les dossiers obstétricaux. Pourtant, l'inscription des indications lors de la réalisation de

l'épisiotomie pour chaque accouchement pourrait interroger la sage-femme sur sa pratique et ainsi réduire individuellement le taux global d'épisiotomie.

Dans cette logique de réduction d'épisiotomie et d'analyse de l'efficacité des différentes techniques employées anténatales et per-natales pour cette réduction, la traçabilité des pratiques associées à la protection du périnée pendant la grossesse et pendant le travail devrait être effectuée : le massage périnéal anténatal et per-natal, l'application de compresses chaudes et les positions d'accouchement.

5.4 Évaluation et recherche

L'évaluation des pratiques est un des axes de la formation continue des sages-femmes. Dans une politique de réduction du taux d'épisiotomie, un retour systématique individuel mensuel des taux d'épisiotomie ainsi que leur justification pourrait aider à diminuer le taux global d'épisiotomie et inviter les sages-femmes à s'interroger sur leur pratique.

Notre revue de la littérature nous a permis de découvrir et de mettre en relief le manque de données concernant l'épisiotomie et la sage-femme. Pourtant, il s'agit de l'acte chirurgical le plus pratiqué dans le monde obstétrical lui attribuant une place importante dans l'exercice des sages-femmes. De plus, le caractère professionnel du métier de sages-femmes impose l'évaluation de la pratique de ses compétences médicales et de ce fait, l'évaluation de la pratique de l'épisiotomie. Il paraît donc essentiel que l'épisiotomie devienne l'un des axes de la recherche en santé périnatale.

Notre étude nous laisse deviner des possibilités d'évaluation des pratiques professionnelles liées à l'impact de facteurs à risques ou de facteurs protecteurs de l'épisiotomie.

La réalisation d'études multicentriques permettrait d'analyser plus précisément les tendances retrouvées dans notre étude et ainsi approfondir et conclure sur :

- l'impact des antécédents périnéaux sur le recours à l'épisiotomie avec une étude comparant les antécédents de déchirures périnéales versus les antécédents d'épisiotomie,
- l'impact de la durée des efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes sur le recours à l'épisiotomie,
- l'impact de la durée d'attente à dilatation complète sur le recours à l'épisiotomie,

- l'issue périnéale des patientes en fonction de leur IMC,
- l'impact de la PNP, du massage périnéal en anténatal et per-natal et de l'application de compresses chaudes.

L'ensemble de ses propositions permettrait aux femmes de se préparer à leur accouchement et d'envisager le possible recours à l'épisiotomie de façon plus sereine. De plus, l'utilisation de certaines techniques permettrait de protéger le périnée des femmes contre l'épisiotomie ou contre les déchirures périnéales.

D'autre part, l'auto-analyse de la pratique des sages-femmes et l'inscription de l'indication de l'épisiotomie pourraient accentuer la réduction du taux global de l'épisiotomie. Dans une politique de réduction de l'épisiotomie, l'influence de celle-ci en fonction des techniques protégeant le périnée, de l'auto-analyse de la pratique des sages-femmes ou de l'inscription de l'indication dans les dossiers devrait être étudiée.

Par ailleurs, l'évaluation de la pratique de l'épisiotomie par la sage-femme étant peu renseignée dans la littérature, l'évaluation des pratiques professionnelles sur différentes maternités permettrait de préciser les résultats de notre étude sur les facteurs de risques ou les facteurs protecteurs de l'épisiotomie.

Conclusion

L'épisiotomie a été pensée pour accélérer la phase d'expulsion, pour protéger le plancher pelvien de la femme et pour prévenir le risque d'une asphyxie per-natale chez l'enfant.

La remise en question, la preuve du manque de bénéfice et le ressenti exprimé par les usagères a permis de se questionner sur la pratique de l'épisiotomie, et ses répercussions. Même si le taux d'épisiotomie a commencé à diminuer quelques années avant l'émission de recommandations professionnelles, la publication de celles-ci en 2005, a permis une forte décroissance du recours à l'épisiotomie en prônant la non systématisation quel qu'en soit l'indication.

Pourtant, l'hypothèse selon laquelle certaines indications anciennes resteraient prégnantes dans la pratique des sages-femmes, nous a amené à nous interroger sur cette pratique, afin d'appréhender aux mieux l'épisiotomie auprès des femmes par une information adaptée.

Notre étude, qui a été menée à la maternité de Port Royal, montre que les recommandations du CNGOF sont, dans l'ensemble, respectées par les sages-femmes.

Néanmoins, nous avons mis en évidence que la primiparité reste encore l'un des déterminants principaux du recours à l'épisiotomie avec une augmentation significative de recours à l'épisiotomie pour un âge maternel entre 25 et 29 ans, correspondant à l'âge moyen du premier enfant en France, et un risque d'épisiotomie multiplié par 8,79 en cas d'antécédent unique de césarienne. Par ailleurs, nous avons montré que la durée des efforts expulsifs compris entre 25 et 35 minutes augmentait le recours à l'épisiotomie. Parallèlement, des facteurs protecteurs de l'épisiotomie ont été révélés : l'antécédent de périnée intact, le début des efforts expulsifs en cas de présentation partie basse, et une durée des efforts expulsifs inférieure à 25 minutes. Des tendances apparaissent : l'origine géographique maternelle, l'IMC inférieur à $18,5\text{kg/m}^2$, la suspicion de macrosomie et la présence d'ARCF conditionneraient aussi le recours à l'épisiotomie.

Ces résultats nous permettent d'émettre des propositions sur l'information faite aux femmes et sur la pratique des sages-femmes. Devant l'intérêt des usagères, nous proposons de délivrer systématiquement lors des consultations prénatales ou lors

des séances de PNP une information mettant l'accent sur l'expertise clinique de l'accoucheur en cas de recours à l'épisiotomie, le caractère non systématique de ce geste, l'existence de certains déterminants de cette pratique obstétricale et l'utilisation de moyens tels que le massage périnéal, pouvant se révéler protecteur au moment de l'accouchement. Par ailleurs, nous définissons deux grands axes d'amélioration des pratiques professionnelles des sages-femmes : d'une part la formation aux positions d'accouchement et pratiques associées à la protection du périnée, et d'autre part des évaluations régulières et multicentriques de pratiques professionnelles relative à l'épisiotomie.

Bien que le taux global d'épisiotomie ait diminué en France depuis 2005, cette pratique courante en obstétrique lui confère un caractère important dans l'exercice des sages-femmes. Plus que l'aspect technique, la communication autour de ce geste est essentielle auprès des femmes et son évaluation doit être un des axes de la recherche périnatale.

Bibliographie

1. Ould F. A Treatise on Midwifery. In three parts. Dublin: Nelson and Connor; 1742.
2. D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. 2013;
3. Harrie J. Practical directions showing a method of preserving the perineum in childbirth. London: Wilson D. Nicol G; 1767.
4. Scott JR. Episiotomy and Vaginal Trauma. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005 Jun;32(2):307-21.
5. Von Ritgen F. Geburtshülflche Erfahrungen und Bemerkungen. Ztschr F Geburtstk. 1828;3:147-69.
6. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 1983 Jun;38(6):322-38.
7. Stahl FA. Concerning the Principles and Practice of Episiotomy- Why Central Preferable to Lateral. Chicago; 1895.
8. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 1999 Jun;26(2):305-25.
9. Gabbe SG, DeLee JB. The prophylactic forceps operation. 1920. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002 Jul;187(1):254; discussion 255.
10. Pomeroy, RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipare? J Obstet Dis women child. 1918;78:211.
11. Flew JD. Episiotomy. British medical journal. 1944 Nov;620-3.
12. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. Obstet Gynecol Surv. 1995 Nov;50(11):806-20.
13. Episiotomie: recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (decembre 2005). Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Mar;34(3):275-9.
14. Cabrol D, Pons J-C, Goffinet F. Traité d'obstétrique. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2003.
15. Lansac J, Descamps P, Andiet E, Bertrand J, Dorn L. Pratique de l'accouchement. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
16. Société française d'hygiène hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010 Sep;XVIII(4).
17. Verspyck E, Sentilhes L. Technique chirurgicales de l'épisiotomie RPC. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2006;35(suppl n° 1):40:51.
18. Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. BJOG. 2002 Sep;109(9):1066-8.

19. D. Riethmuller, L. Courtois, R. Maillet. Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 Fev;35(S1):32-9.
20. 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 Apr;83(4):364-8.
21. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings--follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 Jan;84(1):65-71.
22. Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin. Perinatol*. 2003 Feb;27(1):3-12.
23. 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.
24. Schaal J-P. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier: Sauramps médical; 2007.
25. Goffinet F. RPC: Méthode utilisée et question abordées. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 fevrier;35(S1):10-1.
26. Société française de médecine périnatale. 42es Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Montpellier 17-19 Octobre 2012) Rapports -- La peur en médecine périnatale -- La trisomie 21 -- L'accouchement revisité; Exposés didactiques [Internet]. Paris; New York: Springer; 2013 [cited 2013 Oct 12]. Available from: <http://www.springerlink.com/openurl.asp?genre=book&isbn=978-2-8178-0384-5>
27. Vendittelli F, Gallot D. L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 fevrier; 35(S1):23-12
28. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Kaider A, Husslein P, et al. The effect of epidural analgesia on obstetric lacerations and neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2003 Jan;267(3):130-3.
29. Newman MG, Lindsay MK, Graves W. The effect of epidural analgesia on rates of episiotomy use and episiotomy extension in an inner-city hospital. *J Matern Fetal Med*. 2001 Apr;10(2):97-101.
30. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Epidural analgesia and third- or fourth-degree lacerations in nulliparas. *Obstet Gynecol*. 1999 Aug;94(2):259-62.
31. Le Ray C, Gaudu S, Teboul M, Cabrol D, Goffinet F. Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004 Jan;33(1-C1):30-6.
32. Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH, et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*. 1996 Jul 27;348(9022):213-8.

33. Smith V. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Pract Midwife*. 2013 Nov;16(10):39-40.
34. Konstantiniuk P, Kern I, Giuliani A, Kainer F. The midwife factor in obstetric procedures and neonatal outcome. *J Perinat Med*. 2002;30(3):242-9.
35. Tonneau H, Branger B, Chaucin F, Guermeur J, Grall J. Le périnée, qu'en savent les femmes? *La revue Sage-femme*. 2005 Juin;4(3):109-14.
36. Les usagers dans la lutte contre l'épisiotomie systématique - episio.info (remplace episiotomie.info) [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: <https://sites.google.com/site/infoepisio/histoires-de-l-episiotomie/les-usagers-dans-la-lutte-contre-l-episiotomie-systematique>
37. Phan E. La remise en cause de pratiques médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité. Quels en sont les origines historiques, la légitimité et les moyens aujourd'hui?: Partie II: quelle légitimité ? *Revue de médecine périnatale*. 2010 Mar;2(1):48-53.
38. Phan E. La remise en cause de pratiques médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité: Partie III : de quels moyens pratiques et de quelles compétences les usagers disposent-ils? *Revue de médecine périnatale*. 2010 Mar;2(2):91-4.
39. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
40. CIANE - Collectif interassociatif autour de la naissance [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: <http://ciane.net/blog/>
41. Episiotomie: taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements «CIANE - Collectif interassociatif autour de la naissance [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: <http://ciane.net/blog/2013/11/episiotomie-taux-en-baisse-mais-tout-reste-a-faire-en-matiere-de-consentement-et-de-transparence-des-etablissements/>
42. Assouline A. La place des sages-femmes dans l'évaluation des pratiques professionnelles. *La Revue Sage-Femme*. 2008 Sep;7(4):229-32.
43. Chehab M, Courjon M. influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013;
44. Azuar A., And all. Politique restrictive d'épisiotomie au sein d'un service: un exemple d'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013;(41):10-5.
45. Koskas M, Caillod A-L, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2009 Sep;37(9):697-702.
46. Reinbold D, Éboue 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 Feb;41(1):62-8.

47. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010 Feb;39(1):37-42.
48. B. Blondel, M. Kermarrec. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: INSERM; 2010. Report No.: INSERM - U.953.
49. Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
50. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419
51. Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth*. 2013 Dec;40(4):307-11.
52. Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Bérubé S, Pinault JJ. The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. *J Fam Pract*. 2001 Apr;50(4):333-7.
53. Melamed N, Segev M, Hadar E, Peled Y, Wiznitzer A, Yogeve Y. Outcome of trial of labor after cesarean section in women with past failed operative vaginal delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2013 Jul;209(1):49.e1-7.
54. Naime-Alix A-F, Fourquet F, Sigue D, Potin J, Descriaud C, Perrotin F. Combien de temps peut-on attendre à dilatation complète ? Analyse de la morbidité maternelle et foétale selon la durée de la seconde phase du travail chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 May;37(3):268-75.
55. CNGOF. RPC: Modalité de surveillance foétale pendant le travail. 2007.
56. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *La Revue Sage-Femme*. 2008 Sep;7(4):217-20.
57. Schaal J-P, Dreyfus M, Bretelle F, Carbonne B, Dupuis O, Foulhy C, et al. Durée des efforts expulsifs : pousser n'est pas jouer. Réponse à l'article de C. Le Ray et F. Audibert. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Nov;37(7):715-23.
58. Gerrits DD, Brand R, Gravenhorst JB. The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 1994 Aug;56(2):103-6.
59. Dupuis O, Simon A. La surveillance foétale pendant l'expulsion. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Feb;37(1):S93-S100.
60. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen JC Jr, Tay JSL, Tan TC, et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*. 2013 Aug;29(8):943-9.
61. Wu LC, Malhotra R, Allen JC Jr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2013 Dec;288(6):1249-56.

62. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010 Jun;26(3):348-56.
63. Salustiano EMA, Campos JADB, Ibidi SM, Ruano R, Zugaib M. Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 Oct;58(5):587-93.
64. Howard D, Davies PS, DeLancey JO, Small Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstet Gynecol*. 2000 Oct;96(4):622-4.
65. Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2003 Apr;188(4):1063-7.
66. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008 Dec;115(13):1688-94.
67. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007 Feb;35(2):101-6.
68. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE [Internet]. [cited 2014 Mar 15]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
69. Walsh JM, McAuliffe FM. Prediction and prevention of the macrosomic fetus. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2012 Jun;162(2):125-30.
70. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD008136.
71. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2000 Aug;96(2):214-8.
72. Batallan A, Goffinet F. Macrosomie foétale: pratiques, conséquences obstétricales et néonatales. Enquête multicentrique cas-témoins menée dans 15 maternités de Paris et d'Île de France. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2002;30(6):483-91.
73. Vendittelli F, Rivière O, Bréart G, Physicians of the AUDIPOG Sentinel Network. Is prenatal identification of fetal macrosomia useful? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2012 Apr;161(2):170-6.
74. Perdirolle-Galet E. Estimation du poids foetal en salle de naissance : performances respectives de la clinique et de l'échographie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013;
75. Nkwabong E, Kouam L. Episiotomies During Deliveries of Singletons in Cephalic Presentation: The Incidence can be Reduced. *J Obstet Gynaecol India*. 2012 Dec;62(6):641-3.
76. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen ALM, et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: a secondary analysis. *Birth*. 2013 Dec;40(4):247-55.
77. Millogo-Traore F, Kaba STA, Thieba B, Akotonga M, Lankoande J. Pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *La Revue Sage-Femme*. 2007 Dec;6(4):192-7.

78. Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *East Afr Med J*. 2001 May;78(5):255-8.
79. Girard M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet*. 1999 Aug 14;354(9178):595-6.
80. Recommandations professionnelles: préparation à la naissance et à la parentalité. Paris: HAS; 2005 Nov.
81. Faruel-Fosse H, Venditelli F. Peut-on réduire le taux d'épisiotomie? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005 février;35(S1):68-76.
82. Morin C, Nguyen F, Leymarie M. Les techniques d'aides à l'expulsion. *La Revue Sage-Femme*. 2011 Sep;10(4):182-8.
83. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4:CD005123.
84. Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014 Jan;
85. Riethmuller D, Teffaud O, Eyraud J., Sautière J., Schaal J., Maillet R. Pronostic maternel et foetal du dégagement en occipitosacré. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1999 Mar;28(1):41.
86. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD002006.
87. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:CD008070.
88. Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu M-N, Perrotin F. Accouchement sur le côté. Étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2012 May;40(5):279-83.
89. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD006672.
90. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *BMJ*. 1994 Nov 12;309(6964):1255-8.

Annexes

Annexe I : taux d'épisiotomie selon différentes données avec les tableaux AUDIPOG de 1994 à 2007

Tableau 25 : Variation du taux d'épisiotomie selon les données socio-démographique des parturientes (26).

Données sociodémographiques de la mère (a)	Primipares (n = 28 563) % d'épisiotomie	Multipares (n = 36 150) % d'épisiotomie	p
Selon l'âge maternel :			
< 20 ans	58,5	28,7	< 0,0001
20-34 ans	66,9	31,6	
> 34 ans	69,5	31,6	
Origine géographique :			
France métropolitaine	66,1	31,8	< 0,0001
Europe du Sud	63,9	22,8	
Afrique du Nord	65,6	24,0	
DOM-TOM	59,7	24,0	
Autre origine	68,6	29,0	

Tableau 26 : Variation du taux d'épisiotomie selon les données obstétricales des parturientes (26).

Données obstétricales (a)	Primipares (n = 28563) % d'épisiotomie	Multipares (n = 36150) % d'épisiotomie	p
Selon le type de grossesse :			
Singleton	66,6	31,5	0,002
Gémellaire	72,2	38,6	
Triple et plus	0	60,3	
Selon le terme :			
< 28 SA	13,7	4,9	< 0,0001
28-32 SA	46,5	21,7	
33-36 SA	57,6	22,6	
>= 37 SA	67,4	31,9	
Selon la présentation :			
Céphalique	66,7	31,1	< 0,0001
Siège	77,7	56,3	
Autre	74,0	51,1	

Tableau 26 : (suite)

Données obstétricales (a)	Primipares (n = 28 563) % d'épisiotomie	Multipares (n = 36 150) % d'épisiotomie	p
Selon l'analgésie du travail :			
Aucune	57,7	24,4	< 0,0001
Générale	78,0	51,1	
Péridurale	68,5	36,4	
Locale	84,1	64,1	
Rachianesthésie	63,5	31,2	
Autre	60,7	45,0	
Selon le mode d'accouchement :			
Spontané			< 0,0001
Avec intervention	58,8	28,6	
	85,1	67,6	
Selon le type d'intervention (b) :			
Forceps ou spatules	90,9	82,0	< 0,0001
Ventouse	72,2	56,0	
Autre intervention	79,3	51,2	
Selon le poids de naissance :			
< 1500 g	23,8	9,7	< 0,0001
1500-2499 g	54,9	23,0	
2500-3999 g	67,0	31,1	
>= 4000 g	77,5	41,3	

Tableau 27 : Variation du taux d'épisiotomie selon les caractéristiques des maternités de France (26).

Caractéristiques des établissements (a)	Primipares (n=28563) % d'épisiotomie	Multipares (n=36150) % d'épisiotomie	p
Selon la taille de la maternité (nombre de naissances/an) :			
< 1 000	67,5	32,2	< 0,0001
1 000-1 499	69,7	33,6	
1 500-1 999	63,2	29,4	
>= 2 000	66,4	31,2	

Tableau 27 : (Suite)

Caractéristiques des établissements (n)	Primipares (n = 28 563) % d'épisiotomie	Multipares (n = 36 150) % d'épisiotomie	p
<i>Selon le statut juridique de l'établissement :</i>			
CHU	59,1	26,1	< 0,0001
CHG	67,6	31,1	
Maternité privée	69,1	34,9	
<i>Selon le niveau de soins de l'établissement :</i>			
I	68,5	32,9	< 0,0001
II	67,9	32,0	
III	61,4	28,6	

Le recours à l'épisiotomie : déterminants de la pratique des sages-femmes

Objectif : Cette étude consiste à rechercher des déterminants maternels ou fœtaux influençant la sage-femme sur la pratique de l'épisiotomie.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique cas-témoins comparant 2 groupes de 104 primipares et 53 deuxième pares ayant accouchées par voie basse à terme (> ou = 37SA) avec un enfant né vivant.

Résultat : La primiparité reste encore l'un des déterminants principaux du recours à l'épisiotomie avec une augmentation significative des épisiotomies pour les femmes de 25 à 29 ans, et un risque d'épisiotomie multiplié par 8,79 en cas d'antécédent unique de césarienne (OR=8,79 [1,99 ; 38,91]). L'antécédent de périnée intact (OR= 0.0513 IC [0.0028 ; 0.9312]), le début des efforts expulsifs lorsque les présentations sont parties basses (OR= 0,54 [0,29 ; 1]), et les efforts expulsifs durant moins de 25 minutes sont moins à risque d'épisiotomie (OR= 0,56 [0,33 ; 0,96]) alors que des efforts expulsifs durant entre 25 et 35 minutes augmentent (OR= 2,04 ; IC [1,12 ; 3,71]) la pratique de l'épisiotomie.

Conclusion : Certaines indications semblent perdurer et influencer la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes. Il apparaît nécessaire de développer une évaluation plus régulière et multicentrique de cette pratique pour permettre aux femmes de mieux appréhender cet exercice clinique. De plus, il apparaît nécessaire de transmettre une information objective et impartiale aux femmes répondant à leurs attentes.

Mots-clés : Episiotomie, profession de sage-femme, pratique professionnelle

Episiotomy: drivers of midwives' practice

Objective: The purpose of this study is to explore maternal or fetal determinants influencing midwives on the use of episiotomy.

Materials and methods: This is a single-center case-control study with two groups of patients composed of 103 primiparous and 56 second pares who delivered vaginally at term (> or = 37SA) with a live-born child.

Result: Primiparity is still one of the main drivers of episiotomy with a significant increase of the use of episiotomy for women who are between 25 and 29 years old. Moreover, the risk of episiotomy is multiplied by 8.79 in case of past unique c-section (OR = 8.79 [1.99, 38.91]). Intact perineum history (OR = 0.0513 CI [0.0028, 0.9312]), maternal expulsive efforts with lower-part presentations (OR = 0.54 [0.29, 1]), and short duration of maternal expulsive efforts (less than 25 minutes) are factors limiting the risk of episiotomy (OR = 0.56 [0.33, 0.96]), whereas duration of maternal expulsive efforts lasting between 25 and 35 minutes increases the risk (OR = 2.04, CI [1.12, 3 71]).

Conclusion: Even if systematic episiotomy is no longer part of morals, some indications seem to persist and to influence midwives' practice. It is necessary to develop a more regular and multicenter assessment of midwives' practices in order to allow women to have a better approach of this clinical practice. It is also important to provide women objective and impartial information meeting their expectations.

Keywords: Episiotomy, midwifery, professional practice