



HAL
open science

Évaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. Étude prospective à propos de 133 questionnaires

Clara Esnault

► **To cite this version:**

Clara Esnault. Évaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. Étude prospective à propos de 133 questionnaires. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01069463

HAL Id: dumas-01069463

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069463>

Submitted on 3 Oct 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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**EVALUATION DE LA REFECTION D'EPISIOTOMIE
PAR LES SAGES-FEMMES**

Etude prospective à propos de 133 questionnaires

Mémoire présenté par
Mademoiselle Clara ESNAULT
Née le 13 décembre 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Promotion 2014

Tous mes remerciements ...

*A Madame Bourrel, sage-femme cadre supérieure, Directrice de ce mémoire,
Pour m'avoir guidée tout au long de ce travail,
Votre aide m'a été précieuse.*

*A Madame Le Guen, sage-femme enseignante,
Pour ses conseils éclairés.*

*Aux sages-femmes,
Pour leur participation.*

*A mes parents,
Sans qui je ne serai jamais arrivée là où je suis aujourd'hui.*

*A mon frère,
Pour son soutien.*

*A Charly,
Pour sa présence malgré la distance.*

*A mes amis de toujours et de promotion,
Pour les bons moments passés ensemble.*

A mon grand-père...

SOMMAIRE

Introduction	1
PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature	
1. L'épisiotomie : généralités.....	2
1.1. Epidémiologie	2
1.2. Le périnée	2
1.3. Réalisation d'une épisiotomie	3
1.4. Les indications.....	4
1.4.1. Indications maternelles et fœtales.....	5
1.4.2. Indication obstétricale.....	5
1.5. Les complications de l'épisiotomie.....	6
1.5.1. Complications immédiates	6
1.5.2. Complications précoces.....	6
1.5.3. Complications à long terme	6
2. La réfection des épisiotomies	7
2.1. Historique des sutures	7
2.2. Les fils de suture	8
2.2.1. La composition des fils	8
2.2.2. L'acide polyglycolique ou PGA.....	9
2.2.3. Le polyglactine 910 ou Vicryl.....	9
2.3. Les principes fondamentaux.....	10
2.4. Suture en 3 plans	11
2.4.1. Le plan vaginal	11
2.4.2. Le plan musculaire.....	11
2.4.3. Le plan cutané	11
2.4.4. Avantages	13
2.4.5. Inconvénients	13
2.5. La technique « un fil, un nœud »	13
2.5.1. Description	14

2.5.2. Avantages	14
2.5.3. Inconvénients	15
3. Place de la sage-femme face à la suture	15
3.1. Les compétences de la sage-femme.....	16
3.2. La formation initiale.....	17
3.3. Le développement professionnel continu : le DPC.....	18

DEUXIEME PARTIE : Enquête

1. Méthodologie	20
1.1. Les objectifs de l'étude	20
1.2. Méthode.....	20
2. Résultats	23
2.1. Le profil des sages-femmes	23
2.2. Les sages-femmes face à la réfection de l'épisiotomie	24
2.2.1. Préparation de la patiente et de la sage-femme lors de la réfection de l'épisiotomie	24
2.2.2. La technique de suture est un choix	27
2.2.3. La technique de suture n'est pas un choix.....	35
2.3. Comparaison des résultats.....	43
2.3.1. Le choix de la technique de suture.....	43
2.3.2. Evaluation des techniques de suture par les sages-femmes	46

TROISIEME PARTIE : Discussion et Propositions d'actions..... 48

Conclusion.....59

Bibliographie

Annexes

Introduction

L'accouchement est souvent symbole de douleurs en obstétrique. Or, entre les tranchées, la montée de lait et les douleurs périnéales, le post-partum est loin d'être en reste. En effet, les douleurs périnéales demeurent un problème quotidien et récurrent bien souvent minimisées par le personnel soignant. L'épisiotomie et sa réfection sont les principales sources de douleurs périnéales dans les suites de couches. Par conséquent, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande aux professionnels de pratiquer l'épisiotomie de façon plus restrictive et non de manière systématique. De plus, il conseille de réaliser un surjet continu car cela induit moins de douleurs dans le post-partum immédiat.

Si la pratique restrictive de l'épisiotomie fait l'unanimité entre les professionnels, la réfection est quant à elle très aléatoire. Lors de nos stages en salle de naissance, nous avons pu observer que la suture de l'épisiotomie était un acte « opérateur dépendant ». Elle varie en fonction des professionnels, des conditions locales et du lieu d'exercice.

De plus, la sage-femme tient une place primordiale dans cette pratique. En effet, depuis le décret du 30 décembre 2011, le Développement Professionnel Continu (DPC) est devenu une obligation professionnelle. La sage-femme doit analyser sa pratique afin d'approfondir sa connaissance et sa compétence. C'est de sa responsabilité d'assurer une suture de qualité à chaque patiente.

L'objectif de ce travail est d'analyser les pratiques des réfections d'épisiotomies ainsi que l'évaluation de celle-ci par les sages-femmes.

Dans une première partie, nous exposerons une revue de la littérature traitant de l'épisiotomie et de sa réfection ainsi que de la place de la sage-femme dans cette pratique. Puis dans un deuxième temps, nous présenterons notre enquête réalisée auprès des sages-femmes, par l'intermédiaire de questionnaire. Pour finir, nous discuterons sur les différents éléments observés dans cette étude puis nous soumettrons des propositions d'action réalisables afin d'améliorer la qualité de nos soins.

PREMIERE PARTIE :
Revue de la littérature

1. L'épisiotomie : généralités

L'épisiotomie est un acte chirurgical individuel consistant à agrandir l'orifice vaginal lors de l'expulsion fœtale. Elle peut varier dans son orientation, sa longueur et sa profondeur et en fonction du praticien.

1.1. Epidémiologie [1,14,16,17]

L'épisiotomie a été décrite pour la première fois en 1742 par Sir Fielding Ould, sage-femme, ayant pour but de faciliter les expulsions difficiles. Dans les années 1970, elle était considérée comme un geste préventif limitant la morbidité maternelle et périnatale. Elle a été largement diffusée dans les maternités jusqu'à devenir une pratique systématique chez les primipares.

Le médecin Robert Woolley a remis en cause la pratique libérale de l'épisiotomie en 1995. C'est en 1997 que l'épisiotomie est controversée sur le fait qu'elle n'atteignait pas ses objectifs. En 2005, le comité national des gynécologues obstétriciens de France (le CNGOF) instaure une politique restrictive visant à réduire le taux d'épisiotomie en publiant des recommandations.

En France, le taux global d'épisiotomie rapporté aux accouchements voie basse décroît depuis 1997. En 2002, il était de 47% pour les accouchements (68% chez les primipares et 31% chez les multipares). Il est passé à 41% en 2004 et à 34% en 2008. Cependant, l'épisiotomie reste un acte chirurgical très répandu dans le monde de l'obstétrique.

1.2. Le périnée [4,7]

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien. Son architecture permet d'être solide et de soutenir les organes du pelvis. Il est limité par des repères osseux formant un losange : en avant la symphyse pubienne, en arrière le coccyx et latéralement les deux tubérosités ischiatiques. Une ligne

transversale passant par les deux tubérosités ischiatique sépare ce losange en deux : le périnée antérieur ou uro-génital et le périnée postérieur ou anal.

Le périnée est constitué de différents plans musculaires convergeant au point d'articulation entre le périnée postérieur et antérieur, le noyau fibreux central du périnée. On distingue trois couches musculaires :

- le plan profond ou diaphragme pelvien réunit le muscle coccygien et les différents faisceaux du muscle releveur de l'anus
- le plan moyen avec le transverse profond et le sphincter externe de l'urètre
- le plan superficiel avec le sphincter externe de l'anus, le transverse superficiel, l'ischio-caverneux et le bulbo-caverneux.

Pendant la grossesse, l'imprégnation hormonale entraîne une hyper laxité musculo-ligamentaire permettant la dilatation des muscles périnéaux et facilitant ainsi l'augmentation du périnée au moment de l'accouchement. En outre, elle favorise la mobilité des articulations du cadre osseux.

1.3. Réalisation de l'épisiotomie [1,2,3,4,8,14,23,27,34]

La pratique de l'épisiotomie et sa réfection nécessitent, comme pour tout acte chirurgical, un respect strict des règles d'hygiène et d'asepsie afin de prévenir une éventuelle infection. Il est recommandé de pratiquer plusieurs étapes pour la préparation vulvo-périnéale :

- une déterction avec un savon antiseptique
- un rinçage avec de l'eau
- un séchage de la zone concernée
- une désinfection du périnée avec un produit adapté.

La préparation cutanée est complétée par l'installation de champs stériles sous fessier, abdominal et de jambières. Du matériel adapté et stérile doit être utilisé. De plus, l'habillement chirurgical du praticien est essentiel afin d'éviter tout risque de contamination du site opératoire. Celui-ci comprend le port d'un masque, de lunettes

de protection, d'une charlotte, d'une casaque stérile, d'une paire de gants stériles après lavage chirurgical des mains ou désinfection avec une solution hydro alcoolique.

Le confort de la patiente ne doit pas être négligé tant sur le point de l'installation que sur l'analgésie. Malgré le peu d'études concernant les méthodes analgésiques, l'analgésie péridurale représente actuellement la méthode anesthésique la plus efficace devant l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs honteux ou pudendaux.

Dans la pratique courante, seules l'épisiotomie médiane et médio latérale sont pratiquées. L'épisiotomie médiane est surtout utilisée aux États-Unis et en Angleterre. Cette technique est moins hémorragique, sa suture plus facile et occasionne moins de dyspareunie. Cependant, elle provoque, dans 20% des cas environ, des lésions du sphincter anal.

En France, l'épisiotomie pratiquée est plus souvent médio latérale. Elle part de la fourchette orientée à 45° en direction de la tubérosité ischiatique. Une section franche d'environ 6 cm est réalisée à l'aide de ciseaux droits, en protégeant la présentation par deux doigts. Théoriquement, si l'épisiotomie est suffisamment grande et bien réalisée, sont sectionnés successivement : la peau, le vagin, le muscle bulbo caverneux, le transverse superficiel et le faisceau pubo rectal. Mais si l'épisiotomie est trop courte, elle peut entraîner une déchirure du sphincter anal en filant vers les fibres du releveur de l'anus.

Le moment idéal pour la réalisation de l'épisiotomie n'est pas clairement défini. En effet, il dépend de chaque situation rencontrée. En pratique, il faut inciser ni trop tôt car l'épisiotomie risque d'être hémorragique, ni trop tard car elle ne protégera plus des déchirures ou des lésions musculaires profondes. Elle doit être réalisée au petit couronnement, lorsque l'anus est légèrement dilaté, lors d'un effort expulsif ou d'une contraction utérine.

1.4. Les indications [1,2,3,4,14,23]

L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale de l'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal que maternel. Par conséquent, la pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas recommandée. Cependant dans certaines situations, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'appréciation clinique de l'opérateur.

D'après les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF de 2005, il existe tout de même des situations nécessitant la pratique d'une épisiotomie.

1.4.1. Indications maternelles et fœtales

Du côté maternel, seule la distance ano vulvaire inférieure à 3 cm nécessite la pratique d'une épisiotomie. Cette caractéristique anatomique est plus à risque de déchirures périnéales sévères lors de l'expulsion fœtale.

Les présentations dystociques, telles que les dégagements en occipito sacré ou les présentations de la face, demandent une vigilance accrue de l'opérateur lors de l'expulsion. Cependant, elles n'obligent pas la pratique d'une épisiotomie.

Dans les situations de présentation en siège ou de gémellaire, il appartient au praticien de pratiquer une épisiotomie. Cependant, elle est fortement conseillée. En effet, sa réalisation peut s'avérer nécessaire lors de dystocie mécanique car elle facilite l'accès au fœtus lors des manœuvres obstétricales devant une dystocie mécanique.

Avant les RPC, celle-ci était régulièrement utilisée pour réduire le temps d'expulsion devant un tracé pathologique du rythme cardiaque fœtal dans le but de limiter le risque d'hypoxie fœtale. Pour autant, elle ne semble pas améliorer l'état néonatal puisqu'elle ne protège pas des hémorragies intracrâniennes ou encore des asphyxies néonatales

1.4.2. Indication obstétricale

D'un point de vue uniquement obstétrical, la macrosomie fœtale et les manœuvres obstétricales ne font pas l'objet d'indication systématique d'épisiotomie car celle-ci ne permet pas de réduire le risque de dystocie des épaules. De plus, sa pratique systématique n'est pas justifiée en cas d'extraction instrumentale.

1.5. Les complications de l'épisiotomie [1,2,3,4,10,12,14,23,36]

Les complications de l'épisiotomie sont nombreuses, on peut les classer en 3 groupes : immédiates, précoces et à long terme.

1.5.1. Complications immédiates

Contrairement aux déchirures simples du périnée, l'épisiotomie médio latérale semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum par spoliation sanguine, celle-ci est souvent sous-estimée. De plus, il est actuellement admis que l'épisiotomie ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré.

1.5.2. Complications précoces

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent plus de douleurs périnéales que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré. Cette différence n'existe plus à trois mois de l'accouchement. Ces douleurs périnéales sont généralement liées à la formation d'un hématome, à un processus inflammatoire local, à une désunion ou une infection de la suture. Si les hématomes sont fréquents et sans conséquence grave, la survenue d'un thrombus vaginal est plus rare et plus grave si le diagnostic n'est pas fait à temps. Malgré la politique restrictive actuelle, le taux d'infections ou d'hématomes périnéaux n'est pas réduit.

1.5.3. Complications à long terme

Les troubles de la sexualité et les dyspareunies sont les complications les plus redoutées par les patientes. Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement.

2. La réfection de l'épisiotomie

La suture a pour but de rapprocher les berges de la section pour faciliter la cicatrisation. Elle doit être la plus hémostatique possible et la plus anatomique possible, afin de restituer une fonction musculaire normale. Ce geste est considéré comme un acte à haut risque infectieux. Il est donc recommandé de respecter les règles d'hygiène décrites précédemment.

2.1. Historique de la suture [5]

C'est en 1862 que la découverte du papyrus de Smith nous apporta la preuve que les égyptiens maîtrisaient déjà depuis 4000 ans certaines techniques chirurgicales. L'emploi d'aiguilles à chas en os, de fil de lin et même de bandelettes adhésives était répandu, la conservation des momies en est un exemple. Les indiens utilisaient également, 2000 ans avant notre ère, de multiples types d'aiguilles pour les sutures : rondes, triangulaires, ...

C'est à Hippocrate (460–370 avant Jésus-Christ) que l'on doit la première notion de suture de première intention. Galien (131–201) utilisait de fines cordes pour les sutures. De nombreux matériaux furent alors utilisés au fil des siècles : cordes de violon, crins de chevaux, boyaux séchés, bandes de peau d'animaux, cheveux de femmes, fibres de bouleau, lin, chanvre, herbes diverses, ...

L'époque de la Renaissance marqua une grande étape dans l'histoire de la chirurgie, notamment grâce à Ambroise PARE (1510-1590) qui rédigea de nombreux traités sur le sujet. Il utilisait diverses techniques afin de rapprocher les berges d'une plaie pour en faciliter la cicatrisation et en voici deux exemples :

- « la suture entortillée » : une aiguille droite pénétrait les deux berges de la plaie et le matériel de suture était entortillé en forme de huit autour des extrémités de l'aiguille. Cette technique était employée avant l'apparition de l'anesthésie au 19^{ème} siècle et notamment au niveau des lèvres.
- « La suture agglutinée » : deux pièces multi pointes trouées à l'extrémité de chaque pointe étaient collées à la surface de la peau symétriquement par rapport aux berges de la plaie. Les fils passaient au travers des trous et permettaient le rapprochement des berges.

Au XVI^{ème} siècle également, André VESALE (1514-1564) publia un ouvrage de référence en anatomie dans lequel les points de suture classiques étaient décrits avec soin. Jusque 1930, les fils les plus utilisés étaient le catgut et la soie. Malgré leur résorbabilité, ils ont été retirés du marché en raison d'un risque trop élevé de transmission de pathologies. Les professionnels de santé ont dû avoir recours par la suite à du fil synthétique. Les fibres synthétiques non-résorbables sont apparues à partir de la seconde guerre mondiale (nylon dès 1940). Il a fallu attendre les années 1960 pour découvrir le fil résorbable. Depuis, de nombreux fils ont fait leur apparition sur le marché.

2.2. Les fils de suture [5,11,13,15]

Actuellement, les fils résorbables sont les plus utilisées en obstétrique. Les fils non résorbables quant à eux ne sont plus utilisés par la majorité des praticiens. Ils ont le désavantage d'induire des soins supplémentaires puisqu'ils nécessitent, de par leur nature, leur ablation systématique au bout de 10 jours.

2.2.1. Composition des fils

L'acide lactique et l'acide glycolique sont des métabolites présents dans notre organisme. Ils résultent de l'oxydation du glycogène. Leur présence ne représente donc pas un corps étranger. Les chimistes ont réussi à transformer ces liquides un peu visqueux que sont les acides lactique et glycolique en un composé solide grâce à la polymérisation. Ce corps solide est composé de molécules polymérisées qui prendront l'aspect de granulés, puis vont fondre pour être transformés en mince filament. C'est ainsi que l'acide glycolique s'appellera, sous sa forme polymérisée, acide polyglycolique abrégé par PGA.

2.2.2. L'acide polyglycolique ou PGA (Dexon)

L'acide polyglycolique est un produit composé de molécules polymérisées homopolymère. Il permet la fabrication d'une fibre très solide, mais susceptible de se dégrader, de se dépolymériser sous l'action d'hydrolyse. De plus, l'augmentation du pH accélère légèrement la perte de résistance de ce matériau. En effet, la fibre retourne à l'état initial de monomère soluble et sera évacuée naturellement par les fluides de l'organisme. Le PGA possède alors trois qualités telles que la solidité, la résorbabilité et la tolérance de l'organisme.

2.2.3. Le polyglactine 910 ou Vicryl

Contrairement au PGA, le polyglactine est une copolymérisation (association de molécules différentes) de PGA (90%) et d'acide lactique (10%). La présence de l'acide lactique modifie le comportement du polyglactine. Cette molécule, plus volumineuse que celle de l'acide glycolique, est hydrophobe. Dans un premier temps, elle ralentit la pénétration de l'eau dans les filaments, du fait de son hydrophobie relative, ce qui retarde le phénomène d'hydrolyse et donc la perte de résistance. Dans un deuxième temps, elle accélère la résorption du fil résiduel car elle facilite, au moment de l'hydrolyse, la pénétration de l'eau au sein des filaments grâce à l'espace créé par le volume de la molécule. Ceci explique une solidité plus grande dans le temps, une résorption plus complète et plus rapide. De plus, ce type de fil améliore le glissement

du fil dans les tissus et permet surtout une réalisation beaucoup plus sûre et plus précise des nœuds.

Finalement, plusieurs travaux (12, 14) ont montré l'intérêt d'utiliser un fil synthétique résorbable par rapport à un fil non résorbable. Il apporterait un meilleur confort de la patiente après son accouchement. Cependant, il existe, comme nous l'avons développé ci-dessus, différents fils synthétiques résorbables. Il n'existe pas d'étude pour privilégier un fil synthétique plutôt qu'un autre sachant néanmoins que la durée de résorption du fil d'acide polyglycolique est plus courte que celle du fil de polyglactine 910.

2.3. Les principes fondamentaux [14,24,28,29]

Lors d'une suture, nous rencontrons successivement de la profondeur vers la superficie : la muqueuse, le muscle, le tissu cellulaire sous cutané et la peau. Au cours de la réfection, tout décalage doit être évité aussi bien dans le sens horizontal que vertical afin de respecter l'anatomie du périnée.

Au niveau muqueux, il est important de suturer l'angle supérieur afin de ne pas laisser d'interstices par où les lochies peuvent s'infiltrer. Cela peut être source d'hématome surinfecté. De plus, les points doivent être larges prenant bien la sous muqueuse afin d'assurer l'hémostase.

Pour le plan musculaire, la principale difficulté se situe au niveau du point supérieur. Il doit être perpendiculaire à la tranche de section et parallèle au plan vaginal et rectal. Les prises seront également assez larges permettant une bonne hémostase. Un toucher rectal de contrôle doit être réalisé, il s'assure de l'absence de points traversant la muqueuse anale.

Le plan sous-cutané n'est pas toujours réalisé en fonction de la technique utilisée et de la profondeur de l'incision. Le plan cutané, quant à lui, doit être commencé par l'angle inférieur afin d'assurer une symétrie parfaite. La zone de résistance de la peau est le derme. Un bon appui sur le derme permet donc une suture

solide. On peut dire que c'est l'affrontement dermique qui conditionne l'affrontement épidermique et donc la qualité de la suture. La reconstitution de la fourchette vulvaire termine la réfection.

Ainsi une épisiotomie mal suturée pourrait provoquer, pendant de longues semaines, des douleurs laissant un souvenir très désagréable. Conscients de ce problème, nous devons respecter ces règles de base qui dans un premier temps peuvent éviter toute complication. Puis, dans un second temps, en adaptant notre technique, nous pouvons espérer améliorer l'acceptabilité des patientes au sujet de l'épisiotomie tant redoutée.

2.4. Suture en trois plans séparés [9,13,24,28,29,30,35,36]

Cette technique consiste à suturer en trois plans distincts la muqueuse vaginale, le plan musculaire et enfin la peau.

2.4.1. Le plan vaginal

Ce plan est suturé le plus souvent avec un surjet simple, plus rarement avec des points séparés car le surjet a l'avantage de répartir les tensions sur tout le long de la suture et d'être rapide à réaliser.

Le surjet simple débute à l'angle supérieur de l'incision par un point simple perpendiculaire à l'axe de la plaie. Les points peuvent être obliques par rapport à la tranche ou perpendiculaires et suffisamment tendus pour permettre un rapprochement correct des deux berges de la plaie et supprimer les interstices.

2.4.2. Le plan musculaire

C'est ce plan qui assurera, ultérieurement, la solidité de l'ensemble de la suture. Il est donc suturé à l'aide de points séparés simples ou de points en X.

Le point en X est un double passage formant un X pour rapprocher les deux tranches musculaires. Il permet, d'une part, de limiter les phénomènes de cisaillement de ce tissu peu résistant, et d'autre part, il assure une fonction hémostatique efficace.

2.4.3. Le plan cutané

Cette dernière étape est essentielle dans l'esthétisme final de la suture. Deux types de sutures sont fréquemment utilisés : les points séparés et le surjet intradermique. Nous pouvons également retrouver d'autres techniques telles que : le surjet simple, le point Blair-Donati et le point en U.

La technique des points séparés consiste à charger le derme et l'épiderme de façon symétrique sur chaque berge. Néanmoins, il y a quelques règles à respecter :

- ne pas trop serrer les nœuds pour limiter les douleurs périnéales en post-partum.
- placer les nœuds sur le côté et non sur la tranche de section.

Cette suture est simple à réaliser et ne présente pas de contre-indications. Elle peut être utilisée au niveau des trois plans. Elle possède un avantage au niveau infectieux puisque nous pouvons facilement enlever un point qui pose souci. Néanmoins, lorsque celui-ci est réalisé sur la peau il s'avère plus douloureux en post-partum immédiat.

Le surjet intra dermique est décrit comme la meilleure technique de suture de la peau. En effet, elle diminue les douleurs périnéales du post-partum et le risque de déhiscence. Elle suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes. Cette suture est caractérisée par l'absence de trajet cutané-dermique du fil et donc par l'absence de marque laissée par l'aiguille le long de la cicatrice. Le fil pénètre à une extrémité de la plaie par un passage cutané-dermique. Ensuite tous les points sont intradermiques. Le passage dermique doit être au même niveau sur les deux berges pour éviter tout chevauchement. La répartition des prises doit être symétrique pour réaliser un bon affrontement sur toute la longueur de la suture. A la fin du surjet, l'aiguille pique le derme à la pointe de la plaie et ressort dans son axe par un trajet cutané-dermique à 1cm environ. Le fil est alors arrêté à chaque extrémité par un nœud simple.

Le surjet simple est facile et rapide mais sa cicatrisation n'offre pas les résultats attendus. Ce type de suture est plus adapté aux muqueuses.

Il existe également les points Blair-Donati. Ils se réalisent en deux étapes : le premier passage du fil charge à distance de la berge de chaque côté et au second passage, il charge près de la berge de chaque côté. Ce double passage permet de supprimer l'interstice sous-cutané et de réduire ainsi la tension portée au plan cutané. En revanche cette technique ne donne pas toujours de bons résultats esthétiques et peut être ischémiant si les points sont trop serrés.

Les points en U sont peu utilisés. C'est un point Blair-Donati à demi enfoui. Une moitié du point est sous-cutanée intradermique et ne laisse donc pas de marque visible après cicatrisation.

2.4.4. Avantages

Il existe de nombreuses techniques en 3 plans, en fonction des points utilisés pour les différents plans. Cependant, avant l'arrivée du surjet intradermique, ce sont les points séparés qui dominaient pour la réfection du plan cutané. Ils offraient l'avantage de pouvoir être retirés en cas d'infection ou de douleurs au niveau d'un point précis. Cette réfection en 3 plans paraît également, pour certains praticiens, plus sécurisante. En effet, si l'affrontement des deux berges ne leur paraît pas parfait, ils ont la possibilité de retirer les points qu'ils jugent insatisfaisants.

2.4.5. Inconvénients

La pratique la plus courante de la réfection en 3 plans utilise les points séparés sur la peau. Elle provoque plus de douleur en post-partum immédiat ce qui est un inconvénient non négligeable. Cela s'explique car les points assignés sur la peau stimulent les nombreuses terminaisons nerveuses cutanées, sources de douleurs. Les nœuds, souvent nombreux avec cette technique, sont souvent trop serrés afin d'assurer la parfaite congruence des deux berges. Cependant ils peuvent entraîner une ischémie et une inflammation provoquant donc des douleurs importantes.

2.5. Technique « un fil, un nœud » [9,13,24,28,29,30,35,36]

Le Professeur Dally et le Docteur Théry, exerçant à Bordeaux et à Thonon-Les-Bains, ont mis au point cette technique dans les années 90. Nous retrouvons une technique équivalente en Grande-Bretagne, appelée «continuous suturing technique» décrite en 1920 par Flemming. Cette technique est un surjet continu qui consiste à suturer successivement le vagin, les muscles puis la peau avec un seul fil.

2.5.1. Description

Cette suture débute par un nœud au niveau de l'angle supérieur de la muqueuse vaginale. Elle se termine par un surjet simple jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale. Dans la continuité de la muqueuse vaginale, nous suturons le plan musculaire profond. Nous commençons par la berge gauche, à l'aide d'un surjet simple, jusqu'au point d'angle cutané. Il est recommandé de faire plus de passages qu'avec des points séparés. La suture du plan sous cutané vient ensuite. Elle se fait en remontant de l'angle de la peau, grâce à un surjet avec le même fil, jusqu'à la cicatrice hyménéale. Ce plan supplémentaire par rapport à la technique en 3 plans permet d'absorber les tensions exercées sur le plan cutané et d'effacer les interstices sous cutanés pouvant persister. Enfin la suture se termine par le plan cutané. Elle commence par deux points entre la cicatrice hyménéale et la jonction cutanéomuqueuse et se poursuit avec un surjet intradermique de la fourchette vulvaire à l'angle inférieur de la peau. Arrivé à cet angle, on terminera la suture en faisant ressortir l'aiguille à un ou deux centimètres plus loin. Le fil est alors coupé au ras de la peau pour être enfoui. On appelle cela la technique du « fil perdu dans la fesse ». Tout au long de la suture nous nous assurons de la tension du fil. Celui-ci devra être tendu après chaque passage, puis relâché afin d'avoir une suture ni trop serrée ni trop lâche.

2.5.2. Avantages

Cette technique semble présenter de nombreux avantages, tant pour la patiente que pour l'opérateur. Tout d'abord pour la patiente, elle améliore son confort. En effet, les nœuds sont la principale source de douleur et d'œdème créés par

l'inflammation. Or cette technique n'utilise qu'un seul nœud, de plus, la technique du fil perdu relâche la tension qui aurait pu être excessive. On sait également que les nœuds diminuent la résistance du fil, la suture est donc plus solide. L'absence d'interstice par la réfection d'un quatrième plan diminue le risque d'hématome, d'infection et de désunion. Et enfin, la réfection est rapide, moins coûteuse en matériel, et la cicatrice est quasi invisible grâce au surjet intradermique.

2.5.3. Inconvénients

Certains praticiens pensent que l'adjonction d'un plan supplémentaire est une source d'inflammation et de gêne pour la patiente. Cependant, les inconvénients viennent principalement de l'utilisation du fil unique. Le risque de rupture de la suture ainsi que l'impossibilité de retirer un point en cas d'infection sont les inconvénients avancés par les opposants à cette technique de suture.

Les études [9,11,13] ayant comparé les différentes techniques de suture retrouvent, moins de complications à court terme, notamment moins de déhiscence, moins de douleur donc moins de demande d'antalgique dans le post-partum, ainsi qu'une plus grande satisfaction pour les patientes ayant bénéficié de la suture continue. En revanche à long terme, il n'y a aucune différence significative. Le CNGOF, dans les recommandations de 2005, précise que « sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence.»

Finalement, il n'existe pas de technique idéale. Elles sont toutes différentes, elles possèdent des propriétés diverses. Certaines sont plus avantageuses que d'autres sur le plan de la douleur ou encore sur le plan infectieux et vice versa. Cependant, il paraît important que chacun doit se donner les moyens de connaître les propriétés des diverses techniques, de les maîtriser pour effectuer une suture adaptée à chaque patiente, à chaque épisiotomie.

3. Place de la sage-femme dans la suture

Selon l'article L 4151-1 de Code de la Santé Publique, « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.* »

Ainsi, le sens clinique, la responsabilité, l'indépendance en cas de physiologie et le respect de celle-ci sont les quatre mots qui définissent l'exercice d'une sage-femme.

3.1. Les compétences de la sage-femme [10,18,21,22,31,32,39]

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Le code de déontologie précise les droits et devoirs des sages-femmes. Il énonce les règles professionnelles que toute sage-femme doit connaître et respecter.

Le code de déontologie s'impose:

- à toute sage-femme inscrite au tableau de l'Ordre.
- à toute sage-femme exécutant un acte professionnel dans le cadre de la prestation de service transfrontalière.
- à tout étudiant sage-femme autorisée à faire un remplacement.

L'article R.4127-318 du Code de déontologie définit les champs de compétence de la sage-femme. Concernant la pratique et la réfection de l'épisiotomie, la sage-femme est autorisée à pratiquer :

- « *l'anesthésie locale au cours de l'accouchement* » ;
- « *l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée* » ;

En janvier 2010, un référentiel métier et compétences a été créé par le Collectif des Associations et de Syndicat de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du

Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) dans le but d'éclaircir les compétences des sages-femmes auprès des autres praticiens.

Ainsi, la suture est un geste reconnu, pratiqué et donc devant être maîtrisé par toute sage-femme diplômée d'état. Cet acte tient une place importante car il nécessite un enseignement pratique et théorique. Il est donc dispensé aux étudiantes lors de leur formation initiale.

3.2. La formation initiale [22,26,37,38]

Le programme des études de sage-femme était défini depuis le 27 décembre 1985 par un arrêté ministériel, il a été modifié par l'arrêté du 19 décembre 2001. Cette évolution du programme de formation des études de sages-femmes a mis l'accent sur l'importance de la formation clinique. L'objectif final est d'accéder à une formation clinique minimale pour permettre aux étudiants d'acquérir les compétences requises et nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme.

Selon le quinzième objectif de l'arrêté de 2001, il est recommandé aux étudiants sages-femmes de « *pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum)* » et « *de pratiquer au minimum 80 accouchements* » au cours des 36 semaines de stage en salle de naissance. Auparavant, selon l'arrêté de 1985, l'objectif était de "pratiquer des épisiotomies et des sutures d'épisiotomies non compliquées (10 cas au moins)" au cours de 24 semaines de stage en salle de naissance. Une évolution dans l'apprentissage de la suture a été donc nécessaire afin d'assurer une formation de base des sages-femmes. De plus, les vacances de rééducation périnéale permettent d'évaluer à long terme des conséquences de la suture de l'épisiotomie.

Aujourd'hui, la formation initiale des études de sages-femmes est à un tournant de son histoire. Depuis les accords de Bologne du 25 mai 1998, une réforme se met en place permettant d'intégrer la formation des sages-femmes dans l'architecture européenne de l'enseignement supérieur.

La loi du 16 décembre 2008 instaure la mise en place de la L1 Santé, première année commune aux études de santé (PACES), réunissant les filières maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie. Cette première année est effective depuis la rentrée 2010 à la faculté de Rouen.

La circulaire du 24 janvier 2012 concerne les modalités de la mise en œuvre de la réforme Licence Master Doctorat (LMD) au sein des écoles de sage-femme. Celle-ci permettra aux étudiants inscrits en études de sage-femme de se voir délivrer, à l'issue des 4 semestres de formation qui suivent la première année commune aux études de santé (PACES), le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. L'arrêté du 11 mars 2013, quant à lui définit l'organisation du 2^{ème} cycle des études de formation approfondie en sciences maïeutiques. Il permet la validation de 120 ECTS et l'obtention d'un grade master et la délivrance du diplôme d'état de sage-femme. La filière maïeutique confirme son statut de profession médicale.

3.3. Le développement professionnel continue : le DPC [19,20,21,26,33,37,38]

La loi du 21 juillet 2009 concernant la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), permet d'intégrer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la Formation Médicale Continue (FMC) dans un dispositif unique : Le Développement Professionnel Continu (DPC) qui est applicable à toutes les professions de santé.

Selon l'article R4127-304 du code de déontologie modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, « *la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L.4153-2 du décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes.* » De plus, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs dans le cadre de son exercice professionnel.

Les objectifs du développement professionnel continu sont les suivants :

- évaluation des pratiques professionnelles
- perfectionnement des connaissances
- amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- prise en compte des priorités de santé publique
- maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Afin de pouvoir remplir ces objectifs, des programmes sont élaborés par des organismes de DPC qui sont ensuite enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire de DPC. Les sages-femmes doivent s'inscrire auprès d'un organisme de DPC lequel délivrera une attestation à celles qui auront rempli leurs obligations. Cette attestation sera ensuite transmise au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes. Si la sage-femme n'a pas satisfait à l'obligation de DPC, son conseil départemental de l'Ordre lui adressera une lettre recommandée pour lui exposer sa carence. La sage-femme disposera alors de deux mois pour fournir un justificatif ou une réponse motivée. Il existe également des formations non diplômantes qui font également office de formation continue dans le cadre du DPC. Elles se présentent sous la forme de congrès, assises, enseignement post-universitaires, formations intra-hospitalières...

Finalement, la formation continue a pour but de maintenir les acquis de la formation initiale, de réactualiser les connaissances au fur et à mesure de l'avancement des recherches scientifiques, mais également d'améliorer la qualité des soins proposés aux usagers du système de santé.

DEUXIEME PARTIE :

Enquête

1. Méthodologie

1.2. Les objectifs de l'étude

Selon le code de déontologie de la sage-femme, la réfection de l'épisiotomie est un acte chirurgical sous la responsabilité de celle qui la pratique. Aujourd'hui, il existe différentes techniques de suture or les douleurs périnéales du post partum restent un problème récurrent.

Cette étude a pour objectif d'analyser la réfection des épisiotomies par les sages-femmes afin de comprendre la grande diversité de celle-ci.

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les sages-femmes choisissent leur technique de suture d'épisiotomie.
- Les sages-femmes évaluent leurs propres réfections en post partum afin de les ajuster.

1.3. Méthode

Notre étude repose sur une enquête prospective et multi centrique auprès des sages-femmes de différents établissements de Haute Normandie, à savoir :

- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (niveau 3)
- Centre Hospitalier du Belvédère, Mont Saint Aignan (niveau 2)
- Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf, Louviers, Val de Reuil (niveau 2)
- Centre Hospitalier de Jacques Monod, Montivilliers (niveau 3)
- Centre Hospitalier Intercommunal Eure Seine, Evreux et Vernon (niveau 1 et 2)

Dans chaque établissement, les cadres supérieures et les cadres des services concernés ont été informées de notre enquête et de ses objectifs lors de rendez-vous ou par mail.

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire de questionnaires anonymes. Il comportait 21 questions sous différentes formes : numérique, binaire ou à choix multiples. Il se divise en trois parties :

- *Le profil des sages-femmes* : Elle s'intéresse à l'expérience professionnelle, le lieu d'exercice et l'exercice en salle de naissance.
- *Les techniques de suture utilisées par les sages-femmes* : Elle concerne l'installation de la patiente et du professionnel avant la réfection de l'épisiotomie. Elle aborde le type d'incision choisie lors de la pratique de l'épisiotomie. Elle s'attarde sur le choix de la suture, l'auto évaluation de celle-ci et l'adaptation de notre suture en fonction de différentes conditions locales. Elle s'intéresse également sur le type de suture utilisé par les sages-femmes et leur apprentissage.
- *L'évaluation des sutures par les sages-femmes dans le post-partum* : Elle s'intéresse à l'évaluation des réfections d'épisiotomie dans le post-partum par les sages-femmes afin d'analyser leur critère.

L'enquête s'adresse à toutes les sages-femmes travaillant en salle de naissance dans six maternités publiques de Haute-Normandie. Ces maternités de niveau de soins différents ont été choisies selon l'organisation des stages de 4^{ème} année. Les maternités privées sont exclues puisque les médecins sont régulièrement amenés à effectuer les accouchements et donc les sutures.

D'après le nombre de sages-femmes exerçant dans les maternités concernées par l'étude, 190 questionnaires ont été distribués sur une période de quatre mois du 1^{er} septembre au 22 décembre 2013. Cette longue période s'explique car la distribution et la récupération des questionnaires s'effectuent dans une zone géographique étendue.

Les questionnaires étaient mis à disposition du 1^{er} septembre au 1^{er} octobre 2013 en salle de naissance et en suites de couches au CHU Charles Nicolle. Ils ont été également transmis à toutes les sages-femmes sur leurs adresses mails professionnelles.

Dans les maternités d'Evreux, d'Elbeuf et du Belvédère, les questionnaires ont été distribués du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre en salle de naissance.

L'enquête s'est terminée par le CH Jacques Monod où nous avons pu effectuer mon stage à option. Les questionnaires étaient mis à disposition en salle de naissance du 1^{er} au 22 décembre.

Etablissements	Fréquence	Pourcentage
CHU Charles Nicolle	29	21,80%
CH Belvédère	22	16,54%
CHI Elbeuf	21	15,79%
CH Jacques Monod	30	22,56%
CHI Evreux	24	18,05%
CHI Vernon	7	5,26%
TOTAL	133	100%

Au terme de cette enquête, 133 questionnaires sont récupérés pour 190 questionnaires distribués soit 70 % de participation.

Les résultats ont été obtenus suite à la saisie informatique des données dans le logiciel Excel 2007 et Stata version 7. L'analyse descriptive a été exprimée en pourcentage et valeurs absolues. Le Test du Khi 2 a été utilisé comme test statistique pour réaliser la comparaison des résultats. Les différences sont considérées comme significatives lorsque la valeur de p est inférieure à 0,05, ce qui correspond à un risque d'erreur de 5%.

2. Les résultats

2.1. Le profil des sages-femmes

- Qui êtes-vous ?

Dans notre population, le métier de sage-femme est une activité représentée par les femmes à 92,48 % contre 7,52% pour les hommes.

femmes	92,48% (n=123)
hommes	7,52% (n=10)
Total	133

- Comparaison entre l'expérience et l'exercice en salle de naissance en fonction des 3 niveaux des maternités

Niveau	Durée d'exercice	Temps d'exercice annuel en salle de naissance				%	Totaux
		< 3 mois	Entre 3-6 mois	Entre 6-9 mois	> 9 mois		
Niveau 3	< 5 ans	1	18	7	0	44,07% (n=26)	44,36% (n=59)
	5-15 ans	0	8	16	1	42,37% (n=25)	
	> 15 ans	1	1	4	2	13,56% (n=8)	
Niveau 2	< 5 ans	4	7	8	13	47,76% (n=32)	50,38% (n=67)
	5-15 ans	1	5	7	11	35,82% (n=24)	
	> 15 ans	0	2	3	6	16,42% (n=11)	
Niveau 1	< 5 ans	0	0	1	2	42,86% (n=3)	5,26% (n=7)
	5-15 ans	0	0	0	2	28,57% (n=2)	
	> 15 ans	0	0	0	3	42,86% (n=3)	
Totaux		5,26% (n=7)	30,83% (n=41)	34,59% (n=46)	26,32% (n=39)	100% (n=133)	

Parmi les 133 professionnels interrogés, 60,91% travaillent plus de six mois par an en salle de naissance. Les sages-femmes ayant moins de 15 ans d'expérience représentent 84,21% des sages-femmes exerçant régulièrement en salle de naissance.

Il existe un lien entre l'expérience et le temps d'exercice annuel en salle de naissance ($p=0,032$).

2.2. Les sages-femmes face à la réfection de l'épisiotomie

En premier lieu, nous remarquons que la totalité des sages-femmes ayant répondu oriente leur épisiotomie de façon médio latérale comme le préconisent les recommandations.

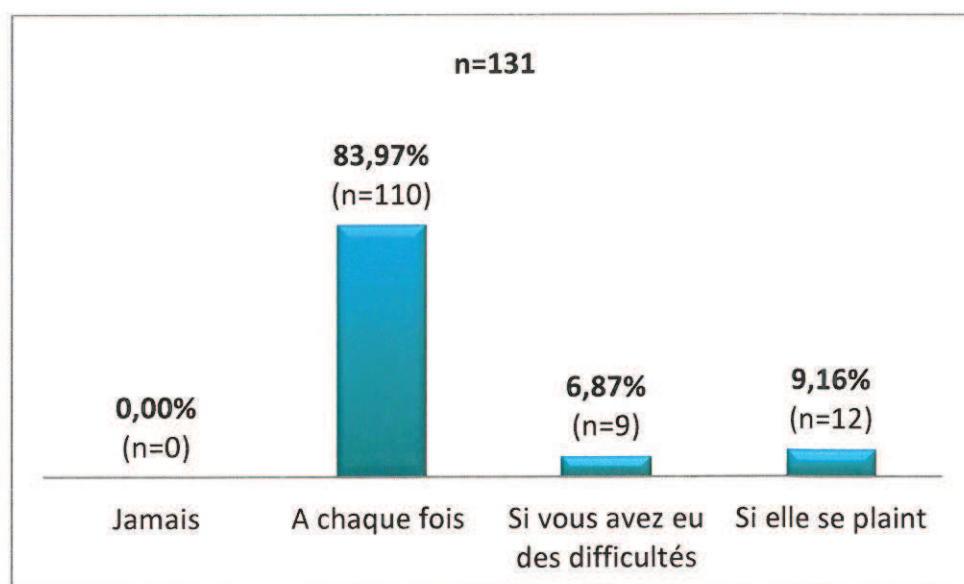
En second lieu, nous constatons que 66,17% des sages-femmes choisissent leur technique de suture contre 33,83%.

Choix OUI	66,17%(n=88)
Choix NON	33,83%(n=45)
TOTAL	133

2.2.1. Préparation de la patiente et de la sage-femme lors de la réfection de l'épisiotomie

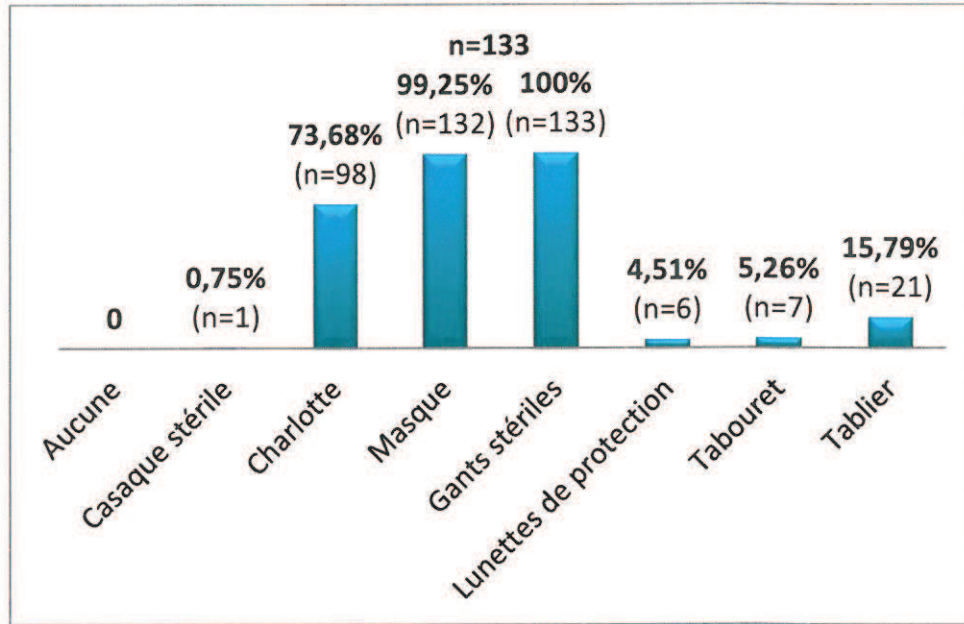
- *Attention apportée à l'installation de la patiente*

Pour cette question, l'effectif de sages-femmes est de 131.



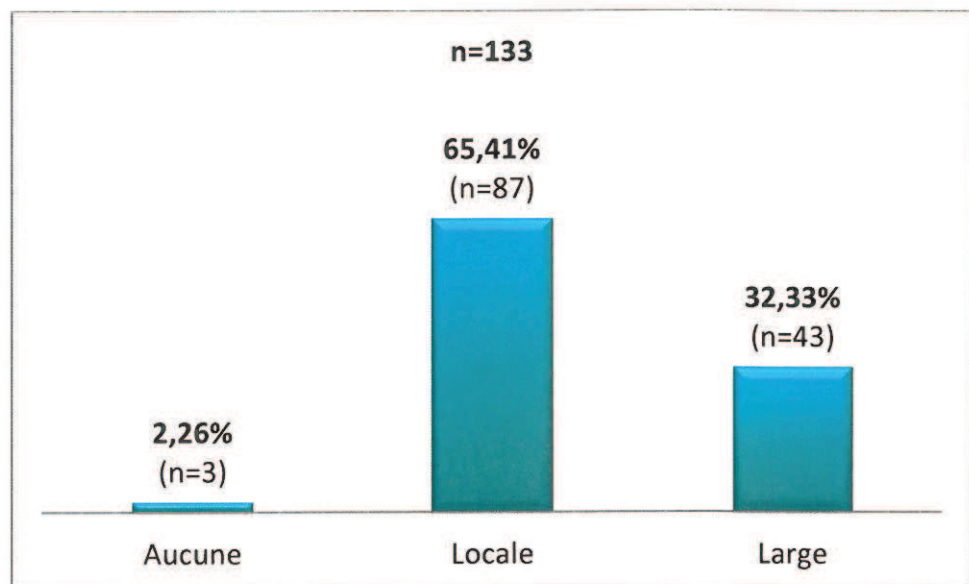
- *Installation de la sage-femme*

Les réponses à cette question sont à choix multiples.



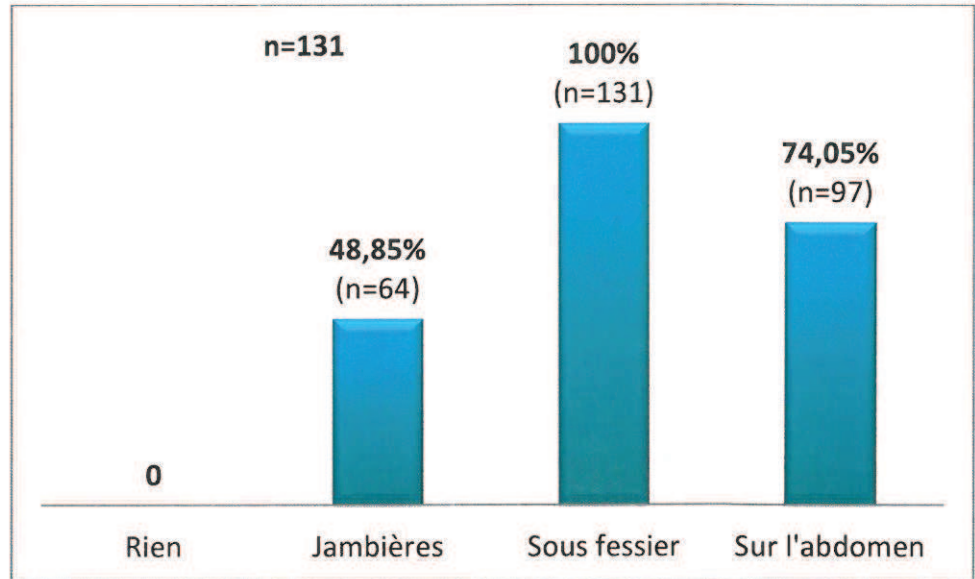
La totalité des sages-femmes porte des gants stériles lors de la suture des épisiotomies. La charlotte est portée à 73,68% par les sages-femmes. Une sage-femme déclare ne pas porter de masque or il permet de limiter les infections nosocomiales par des germes aéroportés.

- *Préparation cutanée de la zone chirurgicale*



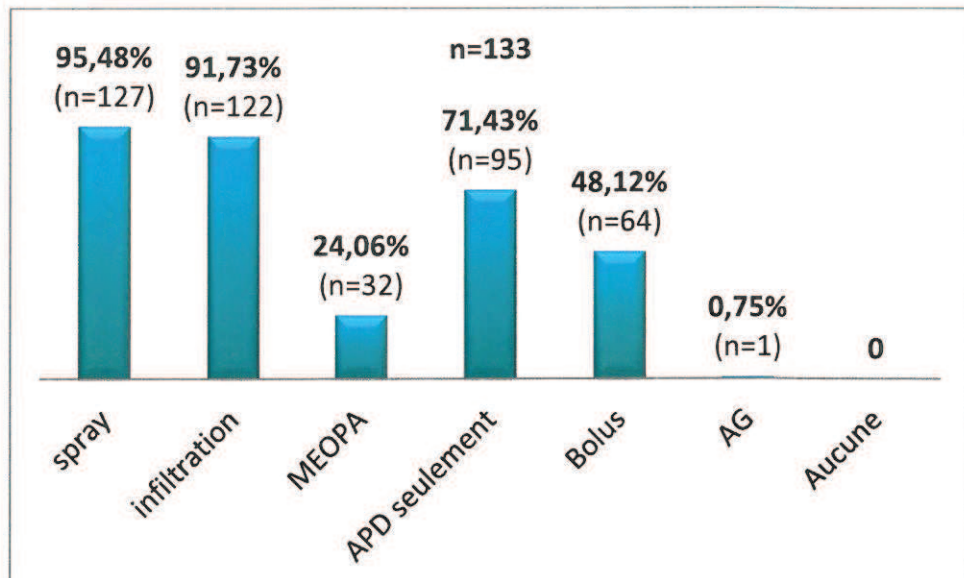
- *Utilisation de champs stériles*

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Sur les 133 questionnaires récupérés, 2 sont sans réponse.



- *Prise en charge de la douleur lors de la réfection d'une épisiotomie*

Pour cette question, les réponses étaient à choix multiples.



Les anesthésies locales type spray ou infiltration de xylocaïne sont encore utilisées par les sages-femmes. Cependant, notre questionnaire ne nous permet pas d'analyser la fréquence d'utilisation de celle-ci.

Une anesthésie générale est décrite à la maternité de Vernon. Elle a été utilisée lors d'une suture d'épisiotomie chez une patiente agitée et impossible « à raisonner ».

- *Utilisation de fil résorbable*

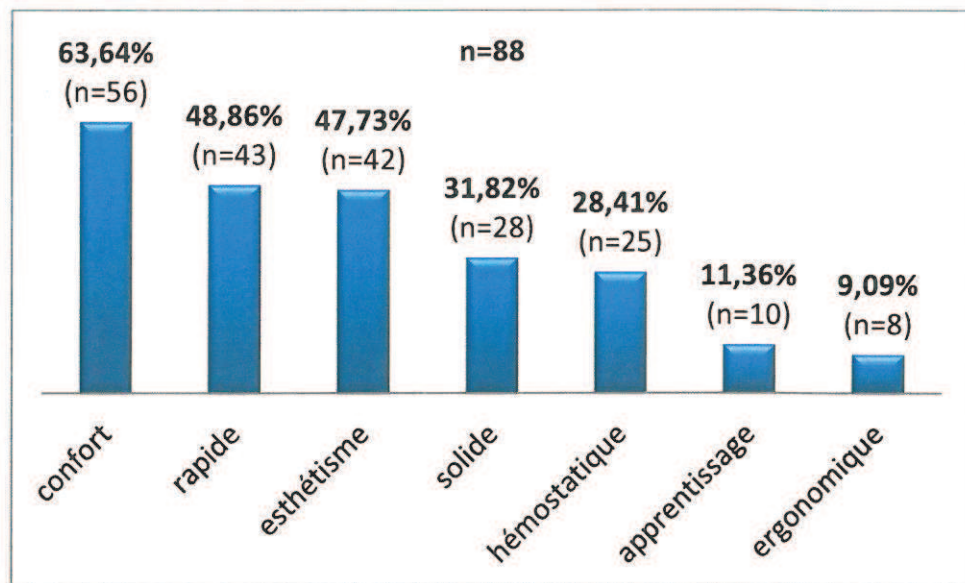
Fil résorbable	99,25% (n=132)
Fil non résorbable	0,75%(n=1)
Total	133

Parmi les 132 sages-femmes utilisant du fil résorbable, 100 (75,76%) le choisissent pour le confort de la patiente car il n'y a aucune ablation secondaire du fil et 10 (7,58%) l'utilisent car ils estiment que la cicatrisation de l'épisiotomie est de meilleure qualité. De plus, 70 (53,03%) d'entre elles déclarent utiliser du fil résorbable en adéquation avec un protocole.

Dans cette seconde partie, nous avons étudié la répartition des réponses des sages-femmes quand la technique de suture est un choix ou n'est pas un choix.

2.2.2. La technique de suture est un choix

Plusieurs réponses sont possibles pour cette question.



Parmi les 88 sages-femmes choisissant leur technique de suture, 63,64% favorisent le confort de la patiente.

- *Les types de suture utilisés pour chaque plan*

Parmi les 88 sages-femmes choisissant leur technique de suture, toutes ont répondu à cette question. Les réponses sont à choix multiples.

Plans Sutures	Vaginal	Musculaire	Cutané
Séparés	7,95% (n=7)	44,32% (n=39)	56,81% (n=50)
Points en X	10,23% (n=9)	26,14% (n=23)	1,14% (n=1)
Points en U	0	5,68% (n=5)	1,14% (n=1)
Surjet simple	94,32% (n=83)	45,45% (n=40)	10,23% (n=9)
Surjet intradermique	0	0	45,45% (n=40)
Blair Donati	0	0	12,5% (n=11)
Agrafes	0	0	0

Parmi les 88 sages-femmes choisissant leur technique de suture, la majorité d'entre elles utilise le surjet simple sur le plan vaginal. Sur le plan musculaire, deux techniques prédominent, le surjet simple et les points séparés. Sur le plan cutané, les sages-femmes utilisent les points séparés mais également le surjet intradermique.

- *Adaptation de votre technique de suture en fonction des conditions locales*

Pour cette question, 81 sages-femmes ont répondu.

	Périnée cicatriciel	Tissus friables	Varices vulvaires	Mutilations sexuelles	Épisiotomie hémorragique	Périnée court
Oui	16,05% (n=13)	55,56% (n=45)	25,93% (n=21)	20,99% (n=17)	58,02% (n=47)	9,88% (n=8)
Non	83,95% (n=68)	35,80% (n=29)	65,43% (n=53)	65,43% (n=53)	37,04% (n=30)	81,48% (n=66)

Les sages-femmes adaptent leur technique de suture lorsqu'elles sont devant une épisiotomie hémorragique à 58,02% ou devant un périnée friable à 55,56%.

- Comment faites-vous vos nœuds ?

Plan vaginal (n=88)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 35,23% (n=31)	74,19% (n=23)	32,26% (n=10)	9,68% (n=3)	6,45% (n=2)	32,26% (n=10)	9,68% (n=3)
Avec une pince 64,77% (n=57)	31,58% (n=18)	35,09% (n=20)	7,02% (n=4)	56,14% (n=32)	35,09% (n=20)	10,53% (n=6)

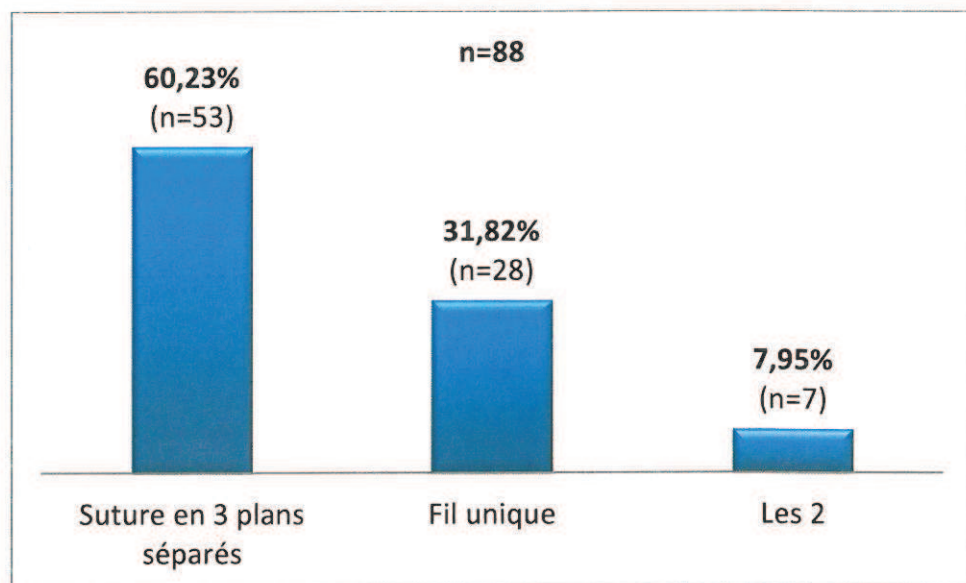
Plan musculaire (n=88)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 22,73% (n=20)	60% (n=12)	50% (n=10)	10% (n=2)	5% (n=1)	35% (n=7)	0% (n=0)
Avec une pince 45,45% (n=40)	30% (n=12)	45% (n=18)	10% (n=4)	60% (n=24)	30% (n=12)	5% (n=2)

Parmi les 88 sages-femmes choisissant leur technique de suture, 28 ne font pas de nœud sur le plan musculaire. Elles utilisent la technique du « fil unique ».

Plan cutanée (n=88)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 36,36% (n=28)	67,86% (n=19)	28,57% (n=8)	28,57% (n=8)	10,71% (n=3)	25% (n=7)	14,29% (n=4)
Avec une pince 63,64% (n=49)	34,69% (n=17)	30,61% (n=15)	16,33% (n=8)	53,06% (n=26)	32,65% (n=16)	8,16% (n=4)

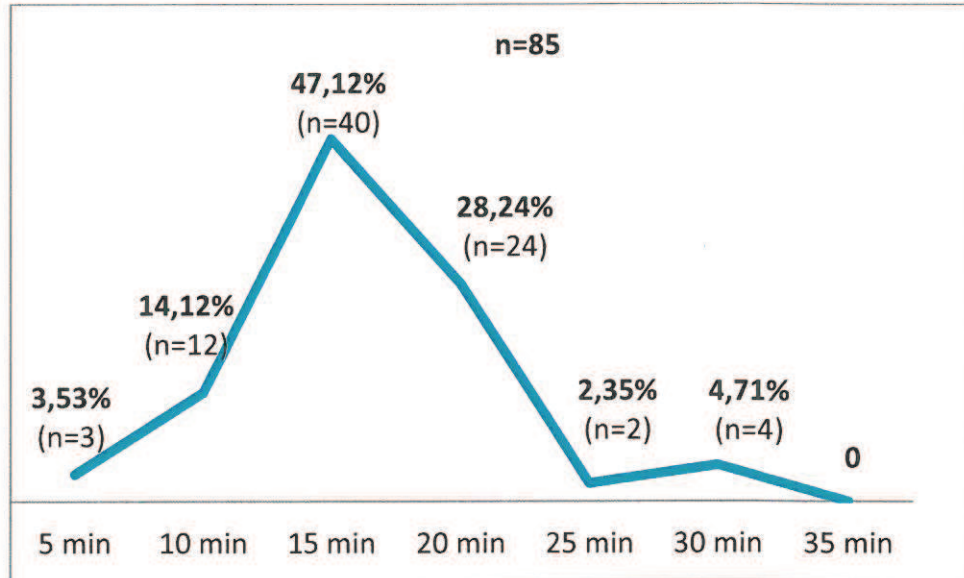
Dans cet effectif, 11 sages-femmes ne terminent pas leur réfection par un nœud sur le plan cutané. Elles pratiquent la technique du « fil perdu dans la fesse ».

- La technique de suture utilisée



- *Durée moyenne de la réfection des épisiotomies par les sages-femmes*

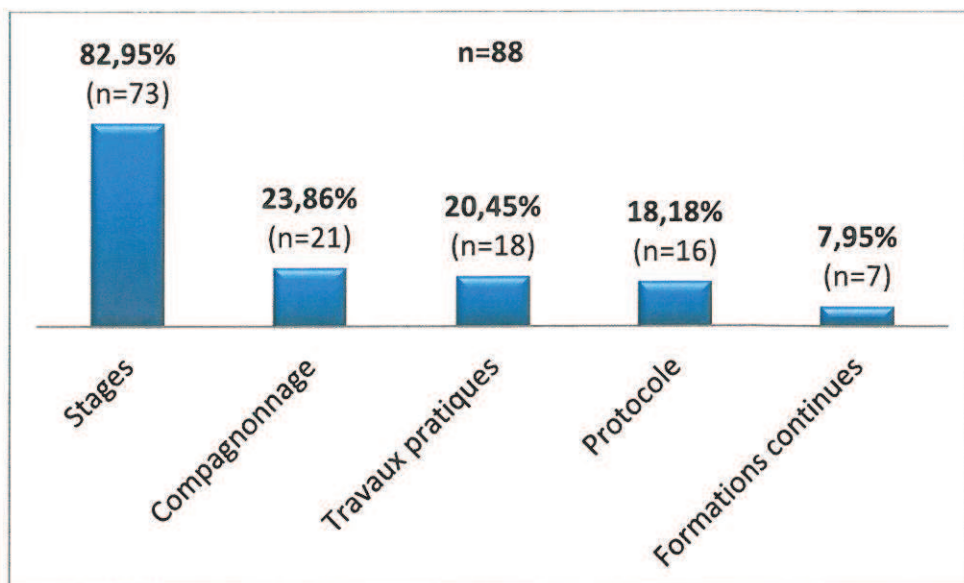
Parmi les 88 sages-femmes choisissant leur technique de suture, 85 sages-femmes ont répondu et 3 sont sans réponse.



La durée moyenne de la réfection des épisiotomies par les sages-femmes est estimée à 16 minutes et 14 secondes.

- *Apprentissage de la technique de suture actuelle des sages-femmes*

Pour cette question, plusieurs réponses sont possibles.



- *Participation à des formations sur les techniques de suture*

Pour cette question, une sage-femme n'a pas répondu.

Oui	25,29% (n=22)
Non	74,71%(n=65)
Total	87

Parmi les 22 sages-femmes ayant participé à des formations sur les techniques de sutures, deux d'entre elles ont assisté aux ateliers des assises nationales des sages-femmes, deux autres ont effectué une formation à l'étranger et enfin deux sages-femmes ont participé à l'atelier suture périnéale lors de la 13^{ème} journée de Gynécologie, de Pédiatrie néonatale, d'Obstétrique et de Médecine pré natale (GYPOM).

- *Changement de technique de suture*

Oui	60,23% (n=53)
Non	39,77% (n=35)
Total	88

Plusieurs réponses étaient possibles.

	Expérience	Lieu d'exercice	Formations	Protocole
Oui (n=53)	75,47% (n=40)	43,40% (n=23)	22,64% (n=12)	13,21% (n=7)
Non (n=35)	65,71% (n=23)	5,71% (n=2)	11,43% (n=4)	2,86% (n=1)

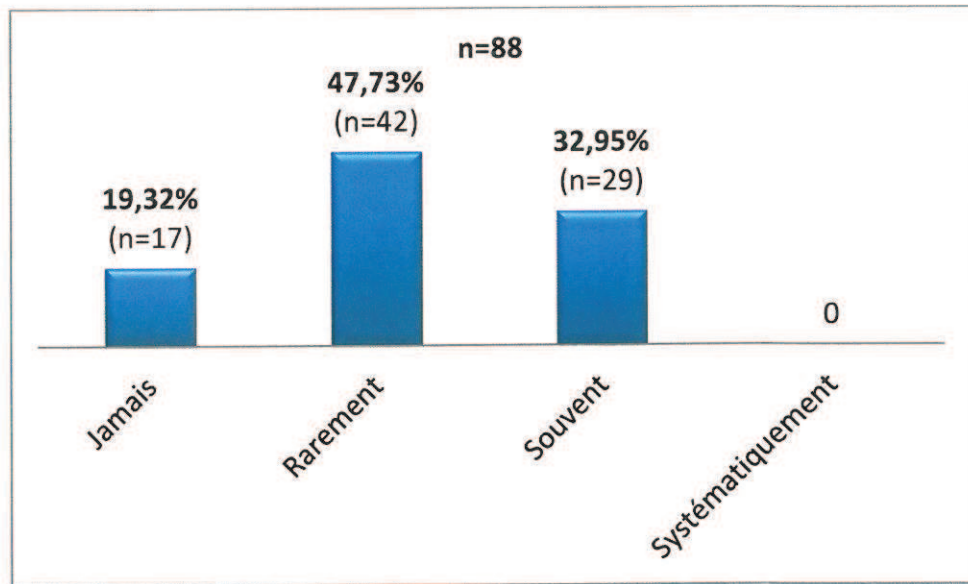
- *Connaissance des recommandations du CNGOF*

Pour cette question, 86 questionnaires ont été remplis.

Oui	41,86% (n=36)
Non	58,14% (n=50)
Total	86

Parmi les 36 sages-femmes connaissant les recommandations du CNGOF de 2005, 22 sages-femmes (61,11%) déclarent en tenir compte.

- Vous assurez-vous vous-même des suites de vos sutures en suites de couches ?



Le graphique suivant représente les raisons données par les sages-femmes de ne jamais vérifier leur suture en suites de couche.

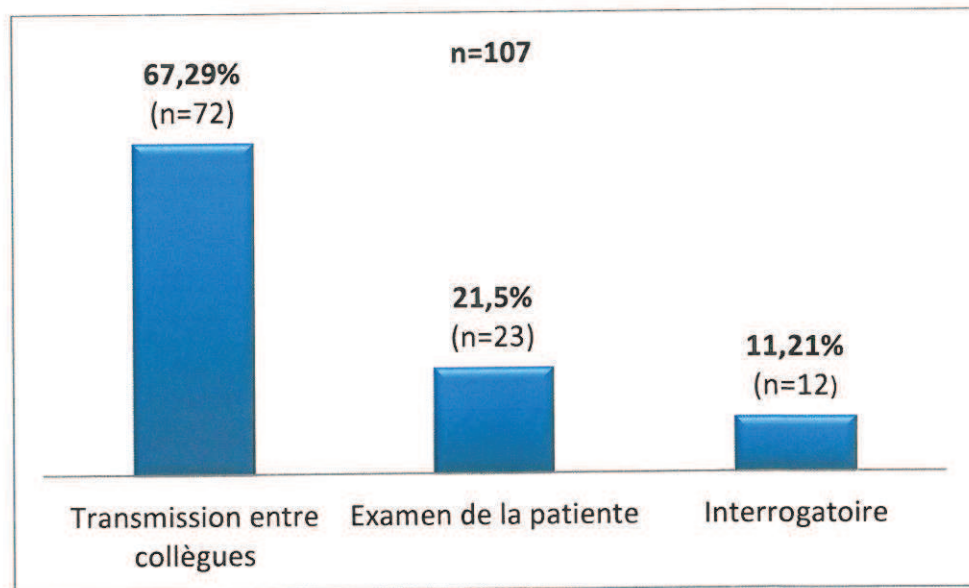
Les réponses sont à choix multiples.

	Confiance en ma technique	Manque de temps	Ne travaille pas en suites de couches
Jamais (n=17)	23,53% (n=4)	47,06% (n=8)	5,88% (n=1)

Les sages-femmes déclarent à 47,06% « manquer de temps » pour vérifier leur suture dans le post-partum. Des gardes trop « chargées » et des séjours devenus trop « courts » sont les raisons avancées par les sages-femmes.

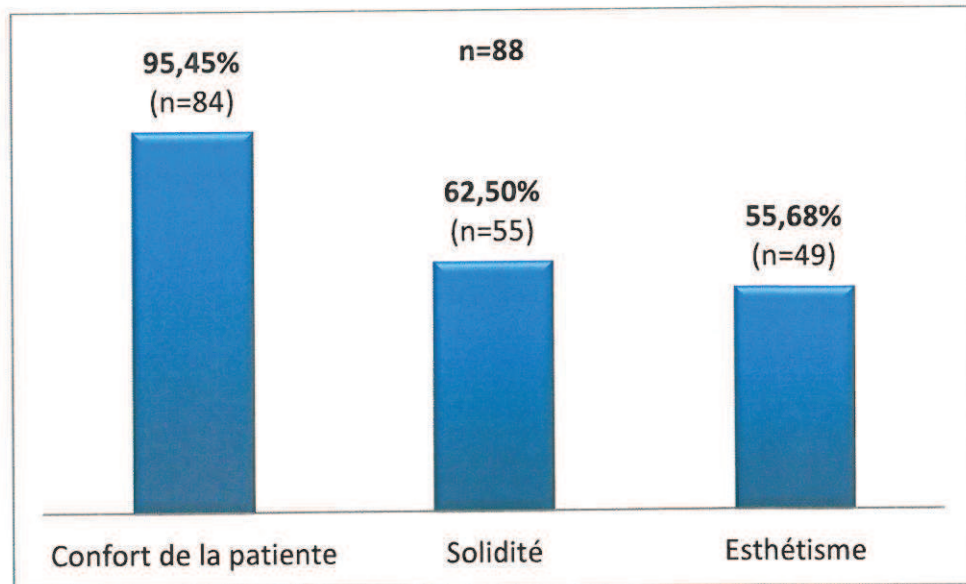
- *Comment évaluez-vous votre suture ?*

Les réponses sont multiples pour cette question.



- *Les critères d'évaluation de votre réfection*

Les réponses sont multiples pour cette question.



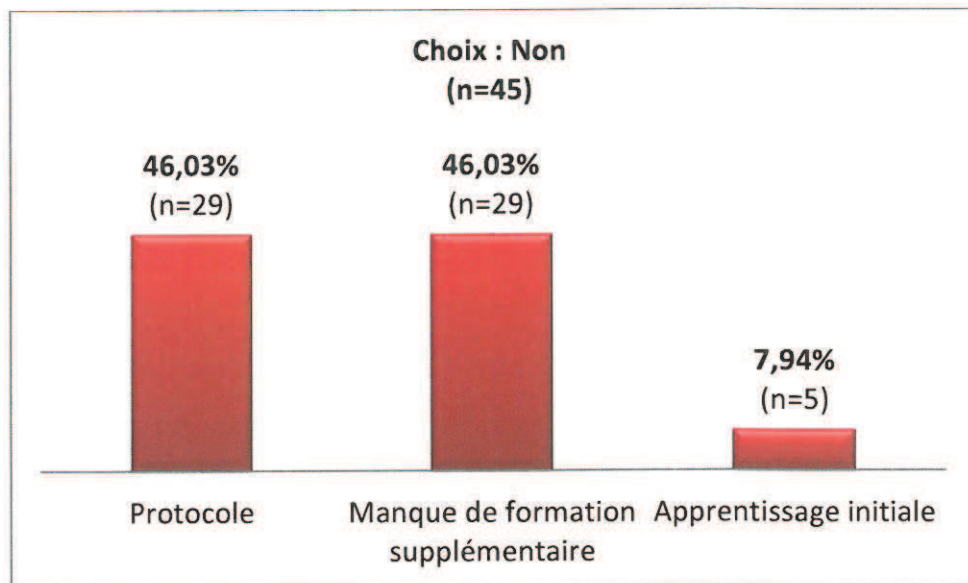
- *Ajustement de leur technique de suture*

Pour cette question, 82 sages-femmes ont répondu.

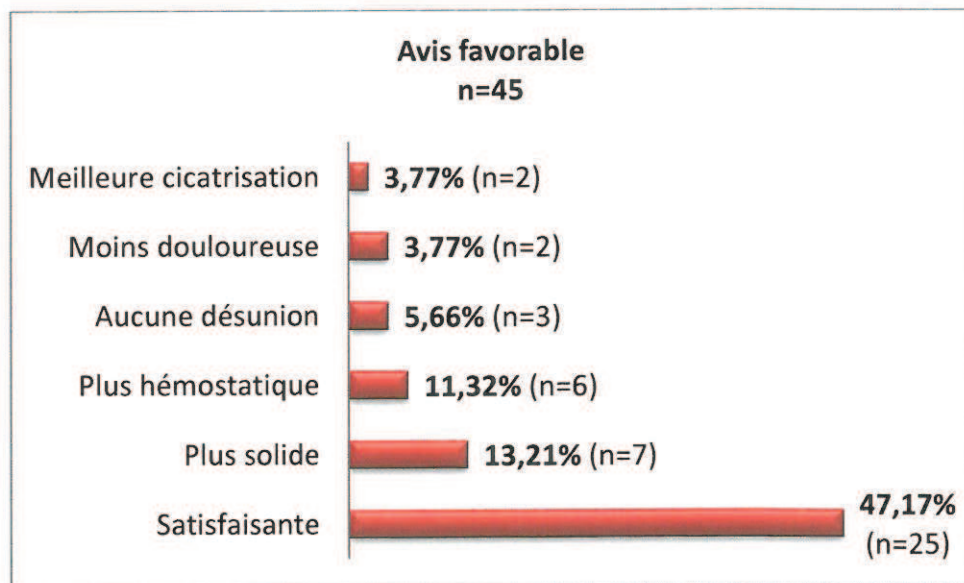
Oui	41,46% (n=34)
Non	58,54% (n=48)

2.2.3. La technique de suture n'est pas un choix

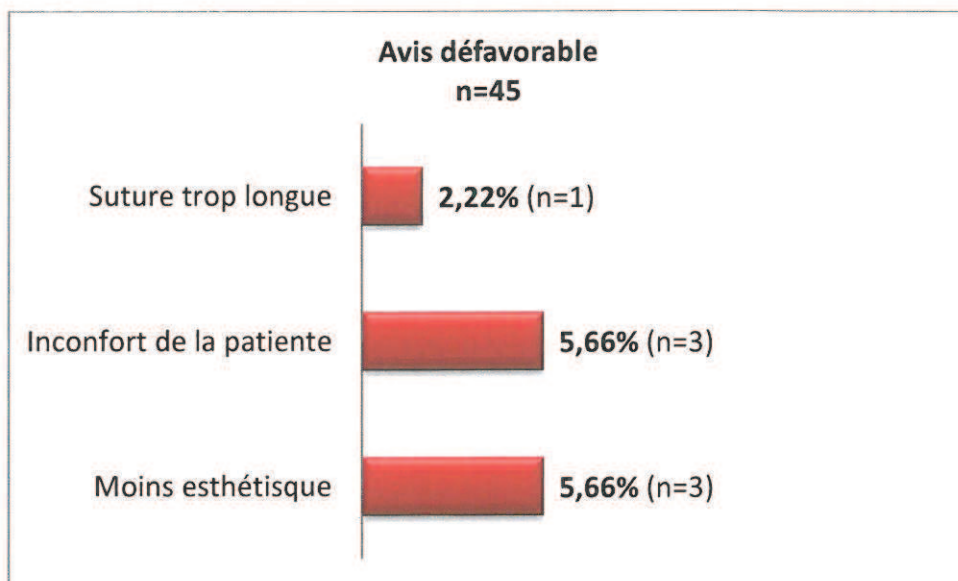
Plusieurs réponses sont possibles pour cette question.



L'avis des sages-femmes a été recueilli concernant leur suture. Le premier graphique représente les avis favorable et le second les avis défavorable.



Les sages-femmes n'ayant pas choisi leur technique de suture déclarent être satisfaite de celle-ci à 55,56%.



- Les types de sutures utilisés pour chaque plan

Parmi les 45 sages-femmes ne choisissant pas leur technique de suture, toutes ont répondu à cette question. Les réponses sont à choix multiples.

Sutures \ Plans	Vaginal	Musculaire	Cutané
	Séparés	8,89% (n=4)	84,44% (n=38)
Points en X	8,89% (n=4)	17,78% (n=8)	2,22% (n=1)
Points en U	0	4,44% (n=2)	2,22% (n=1)
Surjet simple	91,11% (n=41)	15,56% (n=7)	4,44% (n=2)
Surjet intradermique	0	0	17,78% (n=8)
Blair Donati	0	0	4,44% (n=2)
Agrafes	0	0	0

- *Adaptation de la suture en fonction des conditions locales*

Pour cette question, 42 sages-femmes ont répondu.

	Périnée cicatriciel	Tissus friables	Varices vulvaires	Mutilations sexuelles	Episiotomie hémorragique	Périnée court
Oui	4,76% (n=2)	42,86% (n=18)	19,05% (n=8)	4,76% (n=2)	42,86% (n=18)	2,38% (n=1)
Non	95,24% (n=40)	57,14% (n=24)	78,47% (n=33)	92,86% (n=39)	54,76% (n=23)	95,24% (n=40)

- *Comment faites-vous vos nœuds ?*

Plan vaginal (n=45)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 31,11% (n=14)	50% (n=7)	14,29% (n=2)	0	0	57,14% (n=8)	7,14% (n=1)
Avec une pince 68,89% (n=31)	19,35% (n=6)	45,16% (n=14)	3,23% (n=1)	58,06% (n=18)	22,58% (n=7)	16,13% (n=5)

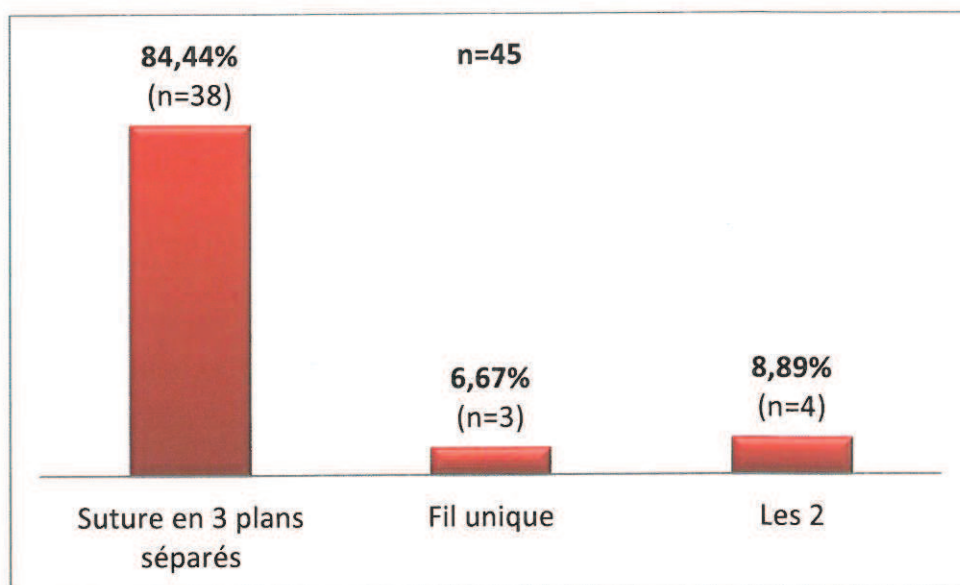
Plan musculaire (n=45)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 31,11% (n=14)	71,43% (n=10)	42,86% (n=6)	0	0	42,86% (n=6)	7,14% (n=1)
Avec une pince 62,22% (n=28)	14,29% (n=4)	50% (n=14)	3,57% (n=1)	53,57% (n=15)	17,86% (n=5)	14,29% (n=4)

Parmi les 45 sages-femmes ne choisissant pas leur technique de suture, 3 ne font pas de nœuds sur le plan musculaire. Elles utilisent la technique du « fil unique ».

Plan cutanée (n=45)						
	Apprécier la tension	Favoriser la solidité	Favoriser le confort de la patiente	Se protéger	Dextérité	Formation initiale
A la main 36,36% (n=16)	68,75% (n=11)	18,75% (n=3)	6,25% (n=1)	0	50% (n=8)	6,25% (n=1)
Avec une pince 63,64% (n=28)	25% (n=7)	32,14% (n=9)	7,14% (n=2)	50% (n=14)	21,43% (n=6)	17,86% (n=5)

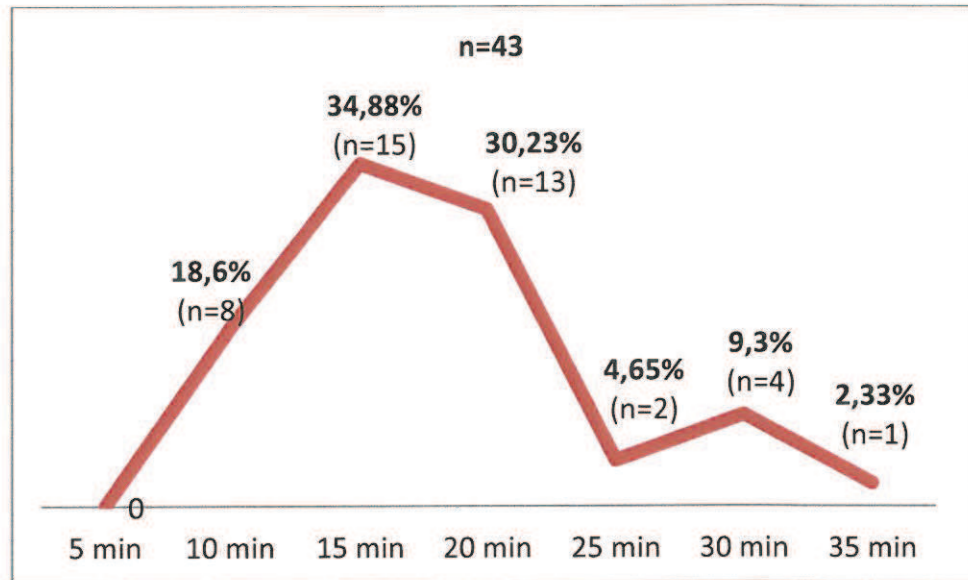
Dans cet effectif, une sage-femme ne termine pas sa réfection par un nœud sur le plan cutané. Elle pratique la technique du « fil perdu dans la fesse ».

- La technique de suture utilisée



- *Durée moyenne de la réfection des épisiotomies par les sages-femmes*

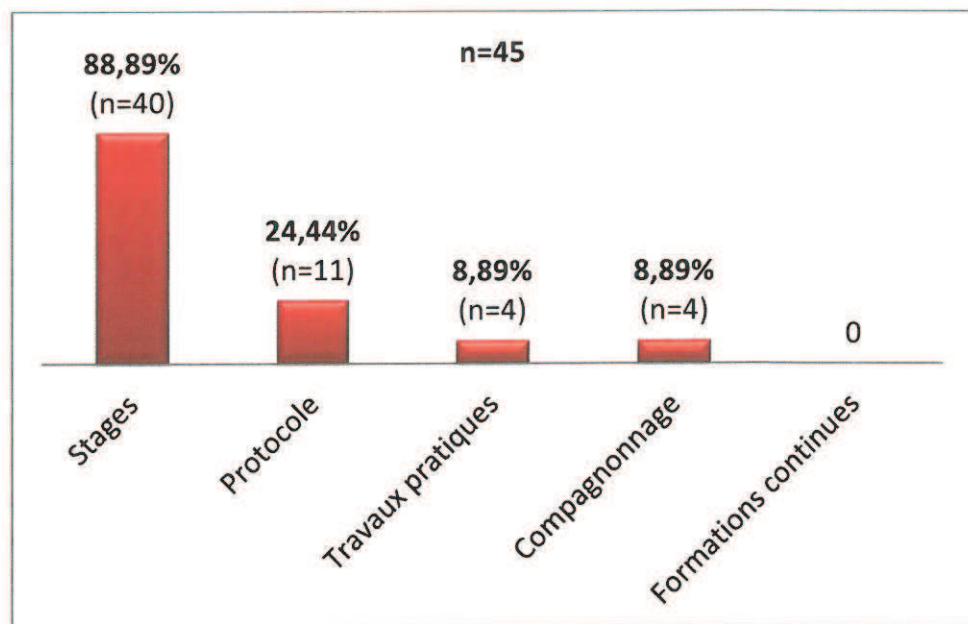
Parmi les 45 sages-femmes ne choisissant pas leur technique de suture, 43 sages-femmes ont répondu et 2 sont sans réponse.



La durée moyenne de la réfection des épisiotomies par les sages-femmes est estimée à 17 minutes et 55 secondes.

- *Apprentissage de la technique de suture actuelle des sages-femmes*

Pour cette question, plusieurs réponses sont possibles.



- *Participation à des formations sur les techniques de suture*

Pour cette question, une sage-femme n'a pas répondu.

Oui	6,82% (n=3)
Non	93,18% (n=41)
Total	44

Parmi les 3 sages-femmes ayant assisté à des formations sur les techniques de suture, une sage-femme a participé à l'atelier suture périnéale lors de la 13^{ème} journée de Gynécologie, de Pédiatrie néonatale, d'Obstétrique et de Médecine pré natale (GYPOM).

- *Changement de technique de suture*

Pour cette question, 43 sages-femmes ont répondu.

Oui	23,26% (n=10)
Non	76,74% (n=33)
Total	43

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

	Expérience	Lieu d'exercice	Formations	Protocole
Oui (n=10)	50% (n=5)	70% (n=7)	0	20% (n=2)
Non (n=33)	42,42% (n=14)	24,24% (n=8)	54,54% (n=18)	12,12% (n=4)

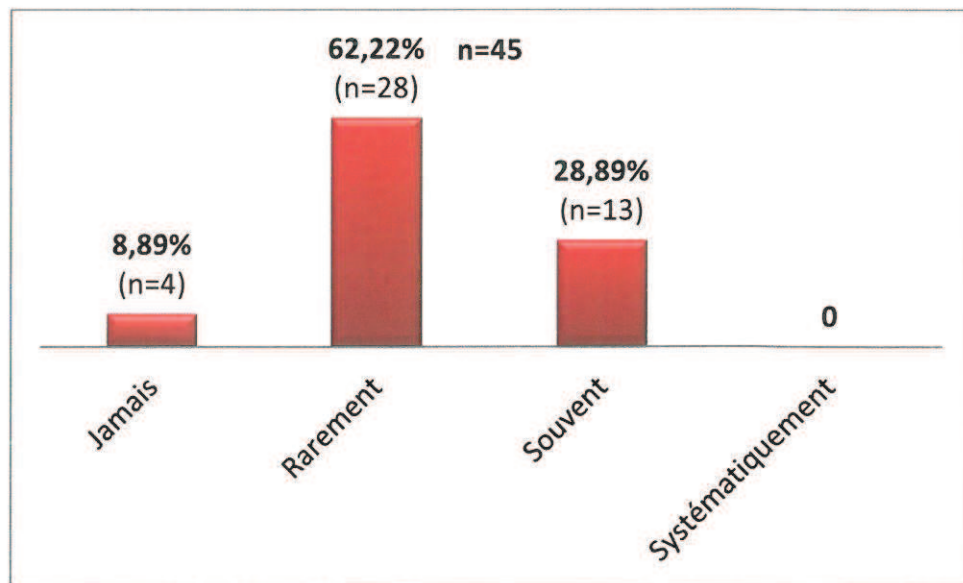
- *Connaissance des recommandations du CNGOF*

Pour cette question, 43 questionnaires ont été remplis.

Oui	34,88% (n=15)
Non	65,12% (n=28)
Total	43

Parmi les 15 sages-femmes connaissant les recommandations du CNGOF de 2005, 7 sages-femmes (63,64%) déclarent les prendre en compte.

- Vous assurez vous, vous-même, des suites de votre suture en suites de couches.



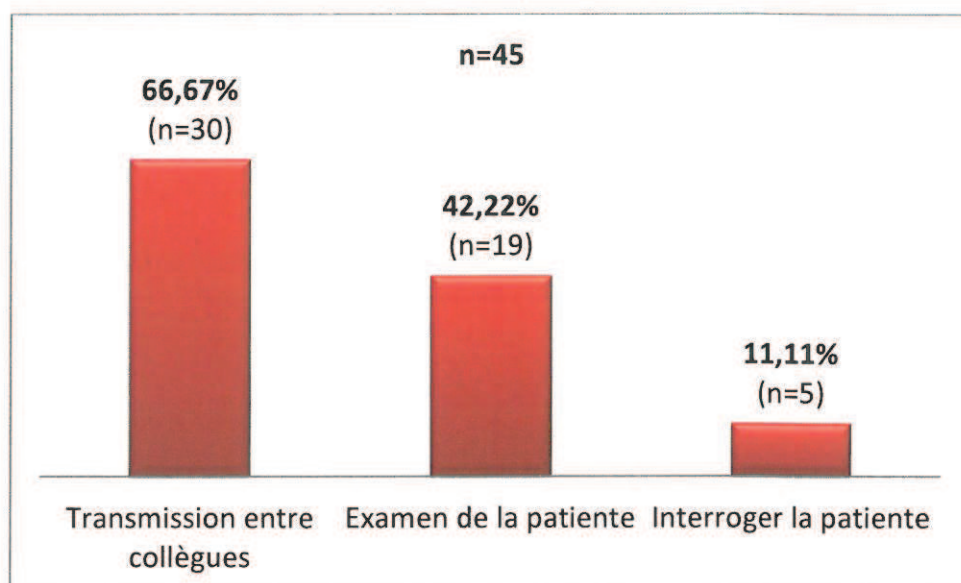
Le graphique suivant représente les raisons données par les sages-femmes pour la vérification de leur suture en suites de couches.

Les réponses sont à choix multiples.

	Confiance en ma technique	Si j'ai eu des difficultés	Manque de temps
Jamais (n=4)	25% (n=1)	25% (=1)	50% (n=2)

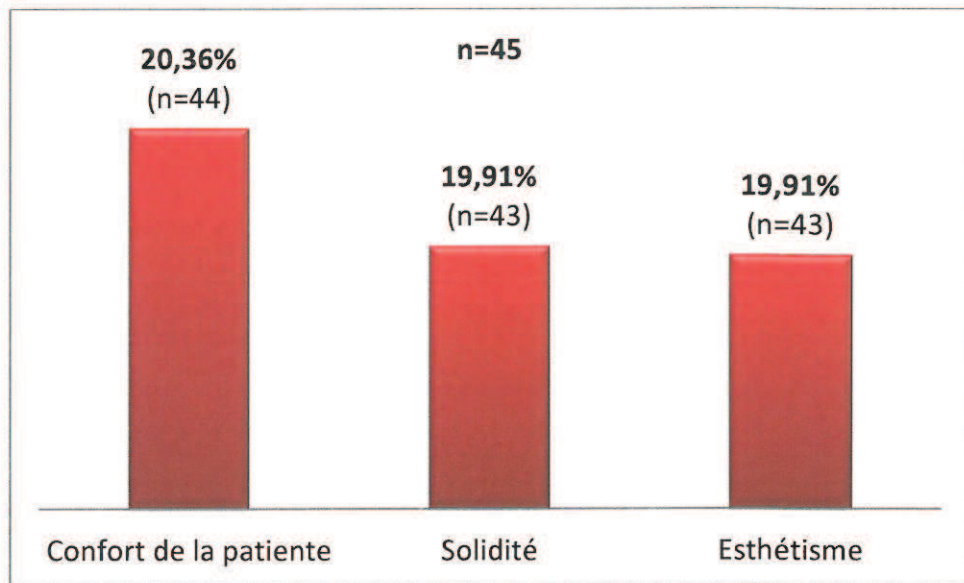
- Comment évaluez-vous votre suture ?

Les réponses sont multiples pour cette question.



- *Les critères d'évaluation de votre réfection*

Les réponses sont multiples pour cette question.



- *Ajustement de leur technique de suture*

Pour cette question, 43 sages-femmes ont répondu.

Oui	39,53% (n=17)
Non	60,67% (n=26)
Total	43

2.3. Comparaison des résultats

Dans un premier temps, nous avons analysé les résultats obtenus concernant le choix de la technique de suture par les sages-femmes puis dans un second temps nous nous sommes intéressés à l'évaluation de celle-ci.

2.3.1 Le choix de la technique de suture

- *Comparaison entre le choix de la suture et l'expérience de la sage-femme*

Expérience \ Choix	OUI	NON
> 15 ans	16	6
5-15 ans	32	19
< 5 ans	40	20
Total n=133	88	45

Il n'existe pas de différence significative entre l'expérience de la sage-femme et le choix de la technique de suture ($p=0,706$).

- *Choix de la suture en fonction du lieu d'exercice*

	CHU de Rouen	CH du Havre	CH du Belvédère	CHI Elbeuf	CHI Evreux	CHI de Vernon
Choix OUI	7	27	17	13	17	7
Choix NON	22	3	5	8	7	0
Total n=133	29	30	22	21	24	7

Il existe un lien entre le choix de la technique de suture et niveau de la maternité dans lequel évolue la sage-femme ($p=0,00$).

- *Choix de la suture et la technique utilisée*

Technique de suture \ Choix	OUI	NON
Suture en 3 plans séparés	54	38
Fil unique	27	3
Les 2	7	4
Total n=133	88	45

Il existe un lien entre le choix de la suture et la technique utilisée (Fil unique, suture en trois plans séparés ou les deux) avec $p=0,007$.

- *La connaissance des recommandations du CNGOF influence-t-elle le choix de la technique de suture ?*

Technique de suture \ CNGOF	OUI	NON
Suture en 3 plans	29	56
Fil unique	17	16
Les 2	5	6
Total n=129	51	78

Aucun lien n'a été retrouvé entre les connaissances des recommandations du CNGOF concernant la réfection des épisiotomies et la technique de suture choisie par les sages-femmes ($p=0.203$).

- *Les critères influençant la durée de la réfection*

Nous comparons l'expérience des sages-femmes et la durée de la réfection de l'épisiotomie.

Expérience \ Durée (minutes)	5	10	15	20	25	30	35 et +
< 5 ans	0	2	24	21	4	6	1
Entre 5-15 ans	1	10	24	14	0	2	0
> 15 ans	2	8	7	2	0	0	0

Il existe une différence significative entre l'expérience de la sage-femme et la durée de sa réfection ($p=0,001$).

Nous comparons la technique de suture utilisée et le temps de la réfection de l'épisiotomie.

Durée (minutes) \ Technique de suture	5	10	15	20	25	30	35 et +
Suture en 3 plans séparés	2	11	36	25	3	8	0
Fil unique	1	9	15	5	1	0	0
Les 2	0	0	4	7	0	0	1

Il existe une différence significative entre la technique de suture utilisée et la durée de la réfection ($p=0,010$).

- Comparaison entre le choix de la technique de suture et la participation à des formations sur la réfection.

Formations \ Choix	AVEC	SANS
OUI	22	65
NON	3	41
Total n=131	25	106

Nous remarquons qu'il existe un lien entre le choix de la technique de suture et la participation à des formations ($p=0,011$).

- Le compagnonnage dans les différentes maternités

	CHU Rouen	CH Belvédère	CH Elbeuf	CH Montivilliers	CHI Evreux	CH Vernon
Compagnonnage n=25	1	11	2	3	7	1

- *Changement de la technique de suture au cours de la carrière en fonction du choix de celle-ci.*

Choix \ Changement	Oui	Non
Oui	53	35
Non	10	33
Total n=131	63	68

Il existe un lien entre le choix de la technique de suture et le changement de celle-ci ($p=0,00$).

2.3.2 Evaluation des techniques de suture par les sages-femmes

- *Evaluation de la technique de suture par les sages-femmes*

	Jamais	Rarement	Souvent	Systematiquement
Choix OUI	17	42	29	0
Choix NON	4	28	13	0
Total n=133	21	70	42	0

Il n'existe pas de différence significative entre le choix de la suture et l'évaluation de celle-ci dans le post-partum ($p=0,183$).

- *Comparaison entre l'expérience des sages-femmes et l'évaluation de leur pratique.*

Diplôme \ Evaluation	< 5 ans	entre 5-15 ans	> 15 ans
Jamais	7	9	5
Rarement	33	26	11
Souvent	20	16	6
Total n=133	60	51	22

Aucun lien n'a été retrouvé entre l'expérience des sages-femmes et l'évaluation de leur pratique ($p=0,784$).

- *Le temps de travail annuel en salle de naissance influence-t-il l'évaluation des pratiques ?*

Temps de travail annuel Evaluation	< 3 mois	Entre 3-6 mois	Entre 6-9 mois	> 9 mois
Jamais	1	4	6	10
Rarement	4	25	20	21
Souvent	2	12	20	8
Total n= 133	7	41	46	39

Il n'existe pas de différence significative entre le temps de travail annuel en salle de naissance et l'évaluation des techniques de suture par les sages-femmes ($p=0,201$).

- *Comparaison entre l'évaluation des pratiques et le lieu d'exercice.*

Maternité Evaluation	CHU Rouen	CH Belvédère	CHI Elbeuf	CH Montivilliers	CHI Evreux	CHI Vernon
Jamais	3	8	1	6	2	1
Rarement	20	10	7	14	16	3
Souvent	6	4	13	10	6	3
Total n=133	29	22	21	30	24	7

Nous remarquons qu'il existe un lien entre l'évaluation de la pratique des réfections par les sages-femmes et le lieu d'exercice ($p=0,012$).

TROISIEME PARTIE :
Discussion et Propositions
d'actions

Discussion

L'objectif de ce travail était d'analyser la pratique de la réfection de l'épisiotomie ainsi que son évaluation par les sages-femmes. Nous avons choisi la méthode du questionnaire pour recueillir les informations utiles à notre étude.

Dans notre population étudiée, le métier de sage-femme est une activité exercée par les femmes à 92,48% contre 7,52% pour les hommes. Au niveau national, selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONPDS), cette féminisation est confirmée avec 98.2% de femmes et 1.8% d'hommes exerçant la profession de sage-femme en France.

L'analyse relative à l'expérience des sages-femmes corrélée au temps d'exercice annuel en salle de naissance indique que 84,21% des sages-femmes exerçant régulièrement en salle de naissance ont une expérience inférieure à 15 ans. Nous retrouvons un lien entre l'expérience des sages-femmes et le temps d'exercice annuel en salle de naissance ($p=0,032$). Au fil de leur carrière, elles s'orientent plus facilement vers une activité moins contraignante car le rythme de travail en salle de naissance est source de fatigue et de stress. Nous remarquons également une augmentation de l'exercice libéral depuis quelques années. En effet, l'ONPDS recense 2688 sages-femmes libérales en 2008. Le nombre de sages-femmes libérales ne cesse de s'accroître depuis 2004 avec une moyenne de +6,1% par an. De plus, l'âge moyen des sages-femmes libérales est de 44,9 ans en 2008 contre 38 ans pour les sages-femmes hospitalières.

Il apparaît dans notre enquête que la majorité des sages-femmes (66,17%) choisit leur technique de suture, sous couvert de l'autonomie et de l'indépendance de leur profession. Néanmoins, une partie d'entre-elles (33,83%) ne choisit par leur technique de suture.

Nous allons analyser la pratique de la réfection de l'épisiotomie au travers de notre échantillon de sage-femme ainsi que les critères l'influençant.

- *Les sages-femmes face à la réfection de l'épisiotomie*

Dans notre enquête, sont décrits différents points de suture pour la réfection des trois plans de l'épisiotomie. Il ressort que, certains points sont plus fréquemment pratiqués.

Sur le plan vaginal, 94,32% des sages-femmes choisissant leur technique de suture utilisent le surjet simple. Les points séparés (7,95%) et les points en X (10,23%) ne représentent qu'une minorité. De même pour les sages-femmes ne choisissant pas leur technique de suture, 91,11% d'entre elles utilisent le surjet simple. Les points séparés (8,89%) et les points en X (8,89%) sont rarement adoptés.

Sur le plan musculaire, les sages-femmes choisissant leur technique de suture adoptent principalement trois types de suture. Le surjet simple est la première technique employée (37,38%), les points séparés arrivent immédiatement derrière (36,45%). Les points en X arrivent en troisième position (21,50%). Les types de suture pratiqués par les sages-femmes n'ayant pas le choix sont plus limités. En effet, la plupart d'entre-elles (84,44%) font des points séparés. Les points en X (14,54%) et le surjet simple (12,73%) sont peu utilisés.

Sur le plan cutané, les professionnels déclarant avoir le choix de leur technique utilisent deux types de sutures : les points séparés (56,81%) sont majoritairement pratiqués suivi de près par le surjet intra dermique (45,45%). Les sages-femmes ne choisissant pas leur technique utilisent essentiellement des points séparés (84,44%).

Les sages-femmes faisant le choix de leur technique adoptent différents types de suture sur le plan musculaire et cutané. De plus, nous remarquons qu'elles adaptent plus facilement leur technique devant une épisiotomie hémorragique (58,02%) ou un périnée friable (55,56%). En revanche, les types de suture utilisés par les sages-femmes ne choisissant pas leur technique sont plus limités. En outre, la majorité d'entre-elles n'adapte pas leur technique en fonction des conditions locales.

Concernant la réalisation des nœuds dans notre population, nous observons une harmonisation des pratiques entre les sages-femmes. En effet, la majorité des professionnels fait les nœuds à l'aide d'une pince dans 66,16% des cas pour le plan

vaginal, dans 54,13% des cas pour le plan musculaire et dans 57,89% des cas pour le plan cutané. La protection contre les accidents d'exposition au sang est l'argument principal avancé par les sages-femmes. Cependant, une minorité d'entre-elles effectue les nœuds à la main considérant mieux apprécier, ainsi, la tension du fil. Nous en comptons 33,83% pour le plan vaginal, 26,32% pour le plan musculaire et 42,10% pour le plan cutané.

Selon le type de suture choisie et la pratique des nœuds adoptés des sages-femmes, nous distinguons deux techniques de suture : « trois plans séparés » et « fil unique ».

Parmi les professionnels ne choisissant pas leur technique, 84,44% utilisent la technique de suture en « trois plans séparés » contre 6,67% utilisant la technique du « fil unique ». Elles affirment à 46,03% appliquer un protocole de service et à 46,03% manquer de formation. La moitié d'entre-elles (47,17%) déclare être satisfaite de leur suture. En effet, les sages-femmes gardent un œil critique sur celle-ci en distinguant les points positifs et négatifs de leur technique.

Parmi les sages-femmes faisant le choix de leur suture, 60,23% adoptent la technique de suture en « trois plans séparés » et 31,82% d'entre-elles utilisent la technique du « fil unique ». Le confort de la patiente paraît être un argument de choix (63,64%) dans la pratique quotidienne des sages-femmes.

Un lien entre le choix des sages-femmes et la technique de suture adopté est démontré ($p=0,007$). Les sages-femmes faisant le choix de leur technique de suture le font par conviction des avantages de celle-ci. En effet, d'après les recommandations du CNOGF de 2005 basées sur de nombreuses études [8,9,13,27], la technique du « fil unique » apparaît comme la meilleure technique de suture à court terme. Nous retrouvons moins de déhiscence, moins de douleur donc moins de demande d'antalgique dans le post-partum et une plus grande satisfaction pour les patientes. En revanche, la connaissance objective des recommandations du CNGOF de 2005 dans le choix de la technique n'a pas été démontré ($p=0,203$).

- *La durée de la réfection de l'épisiotomie*

Comme nous pouvions nous y attendre nous remarquons qu'il existe un lien entre l'expérience de la sage-femme et le temps mis pour suturer une épisiotomie ($p=0,001$). En effet, plus les sages-femmes ont de l'expérience plus elles gagnent en dextérité et en rapidité.

Nous observons qu'il existe un lien entre la technique de suture utilisée et la durée de la réfection ($p=0,010$). En effet, la technique du « fil unique » est la plus rapide. Cette technique est constituée d'un voire deux nœuds en conséquence l'opérateur réalise moins de gestes et utilise moins de matériel. De plus, cette technique est d'avantage utilisé par les sages-femmes qui choisissent leur mode de suture. Par conséquent, le temps de réfection de l'épisiotomie est plus rapide chez les sages-femmes choisissant leur technique avec 16 minutes et 14 secondes contre 17 minutes et 55 secondes pour les autres.

- *Le lieu d'exercice et l'expérience influencent-t-ils le choix des sages-femmes ?*

L'expérience des sages-femmes exerçant en salle de naissance n'influence pas le choix de la suture ($p=0,706$).

Le lieu d'exercice a une répercussion sur le choix de la technique de suture des sages-femmes ($p=0,00$). Les sages-femmes ne choisissant pas leur technique de suture exercent à 48,89% à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles accueillent tout au long de l'année des étudiants en maïeutique et en médecine. Selon le code de la santé publique, le service public hospitalier a l'obligation d'assurer l'enseignement universitaire. A ce titre, et pour simplifier, un apprentissage initial est délivré à tous les étudiants par les professionnels de santé selon un « modèle » unique qu'est la technique de réfection en « trois plans séparés ».

En outre, Grant [19] considérait que la technique par points séparés est plus facile à apprendre et qu'elle comporte « *moins de risques dans des mains inexpérimentées* ». En effet, elle permet l'ablation d'un point mal fait sans

conséquence sur le reste de la suture. De plus, l'apprentissage peut être progressif plan par plan. Pour autant, une autre théorie démontrée par Flemming [18] affirme que le surjet continu peut être plus facilement enseigné aux opérateurs inexpérimentés. En effet, il nécessite moins de gestes de l'opérateur et moins de matériel car il utilise un fil avec un voire deux nœuds.

- *La formation des sages-femmes*

Parmi les sages-femmes n'ayant pas le choix de leur technique de suture, la majorité d'entre-elles (88,89%) a réalisé son apprentissage au cours des stages en salle de naissance. Un quart des sages-femmes (24,44%) déclare s'être approprié un protocole de service et une partie (8,89%) indique que cette appropriation s'est faite lors de travaux pratiques dispensés pendant les études. Aucune sage-femme ne mentionne avoir acquis sa compétence suite à une formation continue. Or, 6,82% des sages-femmes ont participé à des formations sur les techniques de suture. Ce résultat interroge car ces sages-femmes déclarent ne pas choisir leur technique de suture alors qu'elles ont eu l'opportunité de participer à des formations.

Parmi les sages-femmes choisissant leur type de suture, la plupart d'entre-elles (82,95%) a également appris leur technique actuelle au cours de stages. De plus, le compagnonnage (23,86%) et les travaux pratiques (20,45%) font partie des enseignements reçus par les sages-femmes. On note qu'un quart des sages-femmes (25,29%) a participé à des formations sur les techniques de suture.

L'apprentissage de la réparation de l'épisiotomie est essentiellement acquis sur le terrain. En effet, les travaux pratiques dispensés lors des études de maïeutique nous inculquent les principes fondamentaux, nous familiarisent avec le matériel et le contact avec la « chair ». C'est une première approche de la réfection de l'épisiotomie. Néanmoins, la dextérité du geste s'assimile sur le terrain de stage en situation réelle.

La participation à des formations sur les sutures périnéales est déterminante dans le choix de la suture ($p=0,011$). En effet, d'après les recommandations de 2005 du CNGOF, la technique du « fil unique » nécessite une formation spécifique des

professionnels. L'apprentissage de cette technique du « fil unique » repose sur le volontariat des sages-femmes.

Aujourd'hui, il existe différentes formations sur les sutures périnéales. Les assises nationales des sages-femmes proposent chaque année des ateliers sur les sutures périnéales à l'aide de diaporama et de travaux pratiques sur des périnées de truie. En mai 2014, l'école de sage-femme du CHRU de Lille propose une formation continue sur la technique «un fil, un nœud». De plus, l'université d'Aix Marseille a proposé un atelier de suture périnéale de décembre 2013 à janvier 2014. Dans notre région, les GYPOM 2013 ont présenté un atelier sur les sutures périnéales. Par conséquent, l'offre de formation continue est réelle et régulière. Cependant, l'offre ne répond pas à la demande. En effet, deux dates maximum sont proposées pour chaque formation ce qui rend difficile la disponibilité des sages-femmes. De plus, ces formations sont limitées à des groupes de 10 et 20 personnes maximum car elles nécessitent du matériel couteux (pieds de porc ou périnée de truie).

La formation intra hospitalière basée sur le compagnonnage des sages-femmes peut être une alternative. En effet, cet apprentissage, quand il se fait, est organisé localement dans la maternité au sein de l'équipe médicale. Le compagnonnage consiste à former deux voire trois sages-femmes sur les techniques de suture des épisiotomies. Ensuite, ces sages-femmes formées transmettent leur savoir faire à leurs collègues sur le terrain. Cette méthode est mise en place depuis quelques années au centre hospitalier du Belvédère. Depuis peu, le centre intercommunal d'Evreux développe également cette formation intra hospitalière dans l'objectif d'une amélioration des pratiques. Ainsi, sur un effectif de 24 sages-femmes interrogées, trois sages-femmes pratiquent la technique du «fil unique» quotidiennement et trois autres sont en cours d'apprentissage.

La pratique de la réfection de l'épisiotomie évolue suivant le choix de la sage-femme. En effet, un lien a été démontré entre le choix de la technique et le changement de celle-ci ($p=0,00$).

Notre étude a mis en évidence que les sages-femmes choisissant leur technique de suture sont plus enclines à modifier leur pratique au cours de leur carrière (60,23%). Par opposition, celles qui n'ont pas le choix de leur technique modifient peu leur pratique (20,23%). En effet, le manque de formation supplémentaire des sages-

femmes ne facilite pas l'apprentissage d'autres techniques de suture. Si la dextérité et la maîtrise du geste s'acquièrent avec l'expérience cela n'a pas incité les sages-femmes à changer de technique pour autant.

Nous allons maintenant étudier l'évaluation de la réfection de l'épisiotomie par les sages-femmes dans le post-partum.

- *Evaluation de la pratique de réfection d'épisiotomie dans le post-partum*

Parmi les sages-femmes ne choisissant pas leur technique, 28,89% déclarent évaluer « souvent » la qualité de leur suture dans les suites de l'accouchement, 62,22% évaluent « rarement » leur réfection d'épisiotomie en suites de couches et 8,89% ne le font « jamais ».

Concernant les sages-femmes qui ont choisi leur technique de suture, 32,95% déclarent apprécier « souvent » la qualité de leur réfection en suites de couches, 47,73% évaluent « rarement » leur suture dans le post-partum et 19,32% ne le font « jamais ». En effet, les sages-femmes déclarent à 47,06% « manquer de temps » pour vérifier leur suture dans le post-partum. Des gardes trop chargées et des séjours devenus trop courts sont les raisons avancées par les sages-femmes.

Nous observons qu'il n'existe pas de lien entre le choix de la technique de suture et l'évaluation de celle-ci par les sages-femmes ($p=0,183$). Autrement dit, les sages-femmes optent pour une technique mais elles ne s'assurent pas elle-même des suites de celle-ci dans le post-partum. Pourtant, d'après le code de déontologie, la sage-femme a « *l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles dans le respect de l'obligation du développement professionnel continu* ». Il faut avoir présent à l'esprit que l'optimisation de nos pratiques est consubstantielle de l'évaluation individuelle et personnelle de nos gestes.

Si l'évaluation individuelle et personnelle de la suture de l'épisiotomie n'est que très rarement faite, d'autres moyens ont été mis en place pour évaluer indirectement cette pratique. C'est ainsi que les transmissions entre professionnels constituent le moyen privilégié de « suivi » : 66,67% pour les sages-femmes qui n'ont pas fait le choix de leur technique contre 81,82% pour celles qui l'ont choisie. Cette analyse par un tiers

semble être une alternative lorsqu'il est difficile pour la sage-femme d'assurer elle-même le suivi.

La réponse à la question suivante relative à l'éventualité d'un réajustement de sa pratique de suture suite à l'évaluation de sa réfection de l'épisiotomie montre que la majorité des sages-femmes de notre population n'ajuste pas sa technique de suture. En effet, une grande majorité (60,67% des sages-femmes choisissant leur technique et 58,54% ne la choisissant pas) n'ajuste pas leur technique. La formulation de la question, étant une question fermée, ne nous a pas permis d'approfondir d'avantage les éléments de réajustement.

- *Critères d'évaluation des sutures d'épisiotomie*

Pour les sages-femmes n'ayant pas choisi leur technique de suture, le confort de la patiente (20,36%), l'esthétisme de l'épisiotomie (19,91%) et la solidité de celle-ci (19,91%) sont des critères d'évaluation importants. Or l'esthétisme d'une suture d'épisiotomie s'évalue lors de la visite post-natale en appréciant sa cicatrisation. En effet, le périnée est œdématié dans le post-partum immédiat donc la suture périnéale peut paraître esthétiquement médiocre.

Concernant les sages-femmes choisissant leur technique de suture, le confort de la patiente apparaît être le principal critère d'évaluation pour 95,45% d'entre-elles. En effet, nous avons constaté précédemment (page 50) que le confort de la patiente est le principal argument.

- *Le profil de la sage-femme influence-t-il l'évaluation de sa pratique ?*

L'expérience de la sage-femme n'influence pas l'évaluation de sa pratique ($p=0,784$). De plus, le temps de travail annuel en salle de naissance ne joue aucun rôle dans l'évaluation de la réfection des épisiotomies dans le post-partum ($p=0,201$).

Le lieu d'exercice des sages-femmes semble, en revanche, influencer l'évaluation des pratiques ($p=0,012$). Certaines organisations de service peuvent faciliter l'évaluation des pratiques de réfection par les sages-femmes. A la maternité

d'Elbeuf, les sages-femmes se répartissent entre la salle de naissance et le service à chaque début de garde. Autrement dit, chaque sage-femme peut choisir de travailler en salle de naissance ou en suites de couches selon leur planning ou leur souhait. Il leur est donc plus aisé de revoir leurs patientes dans le post-partum. Dans d'autres établissements le roulement des sages-femmes entre les différents services (salle de naissance, suites de couches...) est défini sur des périodes de trois, six voire douze mois. Donc le manque de mobilité entre les différents secteurs d'activité rend plus difficile l'évaluation des réfections d'épisiotomie dans le post-partum.

- *Nos constats*

Nous avons vu dans notre travail qu'une partie des sages-femmes de notre enquête choisit leur technique de suture. Elles utilisent différents types de suture qu'elles adaptent en fonction de conditions locales. Une autre partie d'entre-elles ne choisit pas leur technique en raison d'un respect du protocole de service ou par manque de formation supplémentaire. Cependant, toutes gardent un œil critique sur leur réfection d'épisiotomie conscientes que la qualité de leur suture reste de leur responsabilité. Notre première hypothèse, qui était de dire que les sages-femmes choisissent leur technique de suture, est en partie vérifiée.

Néanmoins, nous constatons un défaut global dans l'évaluation des pratiques par les sages-femmes. Notre deuxième hypothèse est infirmée. En effet, elles affirment rarement apprécier la qualité de leur suture dans le post-partum. Une charge de travail importante et la durée des séjours raccourcie ne facilitent pas l'évaluation de l'épisiotomie. La transmission entre collègues de salle de naissance et de suites de couches semble être une alternative. Pour autant, nous pouvons regretter l'absence d'évaluation objective lorsqu'une suture périnéale pose problème (désunion, infection...).

Dans notre enquête, nous remarquons au final que la technique du « fil unique » est très peu utilisée par les professionnels interrogés (31,82% des sages-femmes ayant le choix versus 6,67% des sages-femmes n'ayant pas le choix). Or, cette technique de suture est recommandée par le CNGOF car elle induit moins de douleurs dans le post-partum immédiat et obtient une meilleure satisfaction des patientes. Cependant, cette technique nécessite une formation supplémentaire. Autrement dit,

les sages-femmes utilisant cette technique le font par choix et par conviction des avantages de celle-ci.

Propositions d'actions

A l'heure actuelle, il faut admettre que l'accès aux formations continues est de plus en plus difficile compte tenu de la contrainte économique forte qui pèse sur les établissements de santé et les budgets de formation. De plus, ce choix de formation n'est pas privilégié par les sages-femmes. Cependant, les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ainsi qu'actualiser leur pratique professionnelle. Pour ces raisons, le compagnonnage en tant que « formation sur le terrain » doit être développé et encouragé. Il permet de former plusieurs sages-femmes qui le souhaitent à moindre coût.

Pour ce faire, le service doit pouvoir compter sur deux voire trois sages-femmes volontaires maîtrisant la technique du « fil unique ». Leur objectif est de transmettre leur savoir-faire à d'autres sages-femmes.

Deux étapes sont essentielles à l'apprentissage de cette suture périnéale. La première consiste à enseigner le concept théorique de la technique du « fil unique ». Ceci peut se faire à travers un diaporama et une vidéo [42] reprenant les différentes phases de la réfection d'épisiotomie. Les sages-femmes pourront la visionner à tout moment sur les ordinateurs de salle de naissance. La deuxième étape est exclusivement « pratique ». Lorsqu'une sage-femme pratique une épisiotomie, elle peut être guidée lors de sa réfection par une sage-femme rompue à la technique du « fil unique ». L'accompagnement personnalisé est le principe même du compagnonnage.

Au cours de la formation initiale de sage-femme, deux heures de travaux pratiques sont dispensés autour de la réfection de l'épisiotomie en Sma3 (science maïeutique de 3^{ème} année). Elles permettent une première approche de l'épisiotomie avec l'apprentissage de nouveaux gestes techniques. Les étudiants en Sma3 ont deux stages de cinq semaines chacun en salle de naissance pour s'exercer à la suture de l'épisiotomie. La mise en pratique lors de ces stages reste aléatoire à ce stade et peut parfois être inexistante. Par conséquent, il serait peut-être judicieux de proposer un deuxième atelier pratique en Sma4 (science maïeutique de 4^{ème} année) pour

consolider la connaissance du geste. Ils aborderaient leur prochain stage en salle de naissance avec plus d'assurance dans le but d'améliorer leur technique de suture.

Conclusion

Depuis les recommandations de 2005, l'épisiotomie subit une politique restrictive visant à diminuer sa pratique. En effet, elle apparaît être la première source de douleurs périnéales dans le post-partum. Cependant, la suture de celle-ci joue un rôle non négligeable dans l'inconfort des patientes dans les suites de l'accouchement. De plus, elle participe au « vécu » global de cette période de l'accouchement par les patientes.

La réfection de l'épisiotomie relève des compétences propres de la sage-femme. Initialement formée pour la pratiquer, la sage-femme a l'obligation de l'évaluer afin d'entretenir et de perfectionner sa pratique.

Les établissements de santé ont bien intégré, aujourd'hui, l'importance de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Elles se développent dans tous les champs de la santé. A ce titre, l'épisiotomie qui est un acte courant réalisé par la sage-femme, et qui de surcroît, n'est pas anodin quant aux conséquences possibles en cas de complications ne doit pas échapper à cette règle. Ceci est conforme à la volonté de l'HAS de développer l'amélioration des pratiques et leur évaluation au travers des EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) et du DPC (Développement Professionnel Continu). Ajoutons que, la réalisation d'enquêtes annuelles concernant la recherche d'infection nosocomiale sur le site opératoire (enquête INCISO), même si ces enquêtes ne concernent pas l'épisiotomie, doivent nous encourager à progresser sur cette notion d'évaluation.

Bibliographie

- **Livres :**

- (1) LANSAC.J, MAGNIN.G, SENTILHES.L – « Obstétrique pour le praticien 6^{ème} édition » – Issy-les-Moulineaux – Elsevier Masson – 2013 – 563 pages
- (2) SCHAAL.J-P – « Mécanique et techniques obstétricales 4^{ème} Edition » – Sauramps médical – 2012 – 920 pages
- (3) LANSAC.J, DESCAMPS.P, OURY.J-F – « Pratique de l'accouchement 5^{ème} édition » – Issy-les-Moulineaux – Elsevier Masson – 2011 – 624 pages
- (4) MARPEAU.L – « Traité d'obstétrique » – Issy-les-Moulineaux – Elsevier Masson – 2010 – 657 pages
- (5) DUBRANA.F, PASQUIER.P – « Ligatures et sutures chirurgicales » – Paris – Springer – 2010 – 387 pages
- (6) BLONDEL.B, GOFFINET.F, BREART.G – « Evaluation des soins en obstétrique » – Paris – Masson – 2001 – 281 pages
- (7) LE GRET.N – « Périnée et maternité : anatomie, prévention et rééducation » – Paris – ELPEA – 1999 – 224 pages

- **Articles :**

- (8) Carroli.G, Mignini.L – Episiotomy for vaginal birth – «Cochrane Database of Systematic Reviews» – 2012 – Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
- (9) Kettle.C, Dowswell.T, Ismail.KMK – Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears – «Cochrane Database of Systematic Reviews» – 2012 – Issue 11. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3
- (10) Morin.C – Episiotomie : Evolution des pratiques – « Profession Sage-Femme » – novembre 2011 – n°180 – pages 20 à 25

(11) Kettle.C, Hills.RK, Ismail.KMK – Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears – «Cochrane Database of Systematic Reviews» – 2010 – Issue 6. Art. No.: CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.pub2

(12) Langer.B, Minetti.A – Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie – «Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction» – 2006 – n°35 – pages 59 à 67

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

(14) Collège nationale de gynécologie et de l'obstétrique – Recommandation pour la pratique clinique – L'épisiotomie – 2005

(15) Mantovani.D, Tromblay.S – Les fils de suture : de fil en aiguille – «Le Médecin du Québec» – octobre 2003 – volume 38 – n° 10

(16) Wolley.RJ – Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980 Part 1 et 2 – «Obstet Gynecol Survey» – 1995 – 50 – 806-35

(17) Wolley.RJ – Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980 Part 3 – «Obstet Gynecol Survey» – 1995 – 38 – 812-35

(18) Fleming N. – Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain – «Nurse Midwifery» – 1990 – 4 – 65-9

(19) Grant A. – The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials – «Obstet Gynaecol» – 1989 – 96 – 1281-9

- **Textes officiels :**

(20) Décret – Code de la Santé publique – 17 juillet 2012 – Décret n°2012-881 relatif aux pratiques des sages-femmes.

(21) Décret – Code de la Santé Publique – 30 décembre 2011 – Décret n° 2011-2117 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes.

(22) Décret – Code de la Santé Publique – 2 juin 2006 – Décret n° 2006-650 relatif à la formation médicale continue.

(23) Loi HPST – Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(24) Code de déontologie des sages-femmes – version consolidée du 19 juillet 2012

- **Mémoires :**

(25) DEGREMONT – Audit clinique à la maternité du CHU de Rouen « les indications de l'épisiotomie » – Mémoire sage-femme – Rouen – 2013

(26) NICOLLE – Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers – Mémoire sage-femme – Angers – 2012

(27) LEROUX – Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité du CHU de Rouen : « la tenue du partogramme » – Mémoire sage-femme – Rouen – 2012

(28) GAUCHET – Quelle intégration universitaire pour l'école de sage-femme de Nancy – Mémoire sage-femme – Nancy – 2010

(29) OUDASSER – Evaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches – Mémoire sage-femme – Rouen – 2010

(30) GUY – Evaluation des pratiques professionnelles Suture du périnée-Risques infectieux – Mémoire sage-femme – Nancy – 2009

(31) VASQUEZ – Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies – Mémoire sage-femme – Nancy – 2008

- **Congrès :**

(32) 13^{ème} Journées de Gynécologie, de Pédiatrie néonatale, d'Obstétrique et de Médecine périnatale – Atelier de sutures périnéales – 11 avril 2013

- **Autres sources :**

(33) @ Portail de la Haute Autorité de santé – HAS – http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/evaluation-des-pratiques-professionnelles – consulté le 10/01/2013

(34) @ Portail de la Haute Autorité de Santé – HAS – http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334625/selon-votre-profession – consulté 10/01/2013

(35) @ Portail de la Haute Autorité de Santé – HAS – http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/qu-est-ce-que-le-dpc – consulté le 10/01/2013

(36) @ Collectif inter associatif autour de la naissance – <http://ciane.net/Ciane/RPCepisiotomie> – consulté le 10/09/2013

(37) @ Les techniques de sutures cutanée – <http://home.nordnet.fr/~acapon/index.shtml> – consulté le 10/09/2013

(38) @ Déchirures périnéales et épisiotomie – <http://asincoprob.free.fr/comptendus/dechirureperinea.htm> – consulté le 10/09/2013

(39) @ Conseil de l'ordre des sages-femmes – <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> – consulté le 15/09/2013

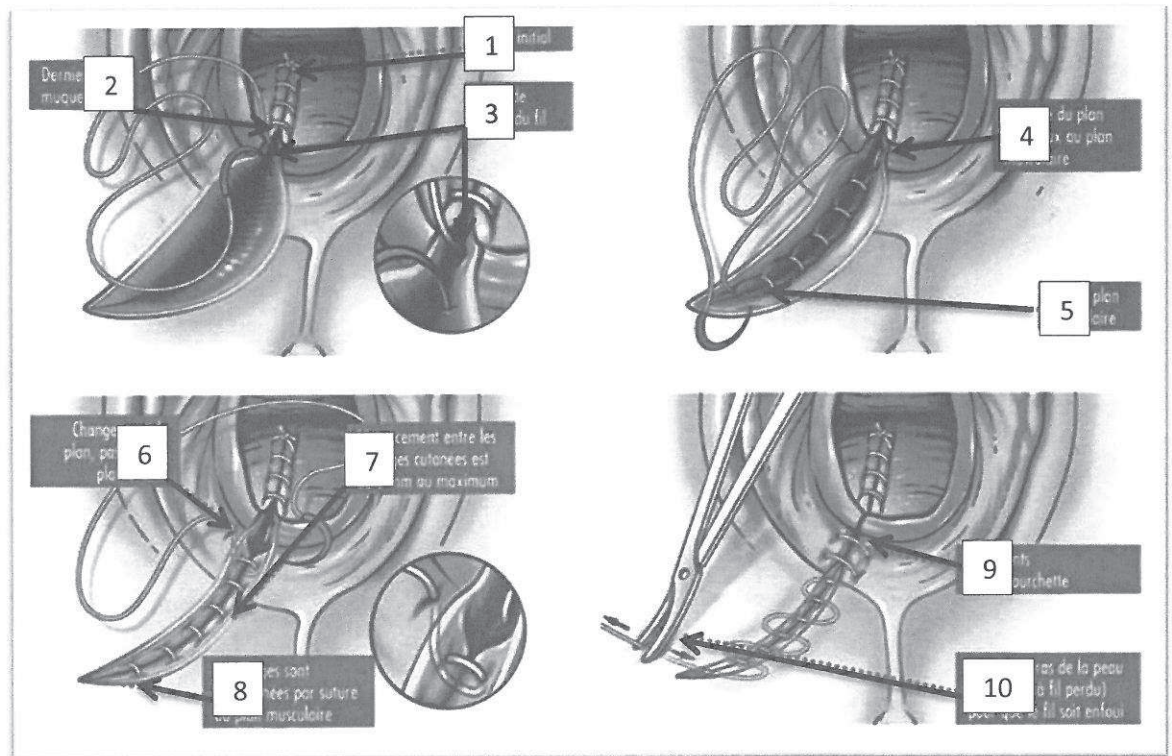
(40) @ Collège national des sages-femmes – <http://www.cnsf.asso.fr/> – consulté le 15/09/2013

(41) Collectif des associations et syndicats de sages-femmes – Ordre des sages-femmes – Référentiel métier et compétences des sages-femmes – Janvier 2010.

(42) D. CAUTE, C. DEKINDT, D. DALLAY, G. THERY – Vidéo « l'Episiotomie à un fil » – Université de Bordeaux Segalen – DCAM – 1999

Annexes

Annexe I : La technique de suture « un fil, un nœud »



Légende :

- 1 : Nœud initial
- 2 : Dernier point muqueux
- 3 : Point de sortie du fil
- 4 : Passage du plan muqueux au plan musculaire
- 5 : Fin du plan musculaire
- 6 : Passage au plan sous-cutané
- 7 : L'espacement entre les berges cutanées est de 5mm maximum
- 8 : Rapprochement des berges par le début de la suture
- 9 : 1 à 2 points à la fourchette
- 10 : Section au ras de la peau, et fil enfoui (Technique du fil perdu)

Annexe II : Questionnaire destinés aux sages-femmes

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur « la réfection des épisiotomies par les sages-femmes ».

Mon questionnaire est composé de 3 parties : la première concerne votre exercice, les deux suivantes portent sur votre technique de suture et la qualité de celle-ci.

Les réponses sont multiples et vous devez cocher la ou les réponses possibles.

Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

ESNAULT Clara
Etudiante Sage-Femme de 4^{ème} année (Rouen)

Votre profil :

1. Vous êtes :

- Une femme Un homme

2. Depuis combien de temps exercez-vous la profession de Sage-Femme ?

- <5 ans Entre 5 et 15 ans >15 ans

3. Dans quel établissement travaillez-vous actuellement ?

- CHU Charles Nicolle (Rouen)
 CH du Belvédère (Mont Saint Aignan)
 CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil
 CH Jacques Monod (Montivilliers)
 CHI Eure Seine (Evreux Vernon)

4. Sur une année en moyenne, combien de temps travaillez-vous en salle de naissance ?

- <3 mois
 Entre 3-6 mois
 Entre 6-9 mois
 >9 mois

Les techniques de suture

5. Quelle est l'orientation de votre épisiotomie ?

- médiane médio latérale autres : ...

6. Avez-vous choisi votre technique de suture ? oui non

- Si oui, pourquoi ?

- Plus rapide Plus esthétique
 Plus confortable pour la patiente Plus hémostatique
 Plus ergonomique pour vous Moins douloureuse
 Plus solide

- Autres : ...
- Si non, votre technique de suture répond à :
 - Un protocole de l'établissement
 - Un manque de formation supplémentaire
 - Autres : ...

Que pensez-vous de votre suture ?

7. Changez-vous votre technique de suture en fonction des conditions locales ?

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Périnée cicatriciel : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Tissus friables : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Varices vulvaires : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mutilations sexuelles : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Épisiotomie hémorragique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Périnée court : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres : ... | | |

8. Comment suturez-vous sur le plan :

- | | | |
|---|--|--|
| <p>- Vaginal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Points séparés <input type="checkbox"/> Points en X <input type="checkbox"/> Points en U <input type="checkbox"/> Surjet simple <input type="checkbox"/> Surjet intradermique <input type="checkbox"/> Blair Donati <input type="checkbox"/> Agrafes <input type="checkbox"/> Autres : ... | <p>- Musculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Points séparés <input type="checkbox"/> Points en X <input type="checkbox"/> Points en U <input type="checkbox"/> Surjet simple <input type="checkbox"/> Surjet intradermique <input type="checkbox"/> Blair Donati <input type="checkbox"/> Agrafes <input type="checkbox"/> Autres : ... | <p>- Cutané :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Points séparés <input type="checkbox"/> Points en X <input type="checkbox"/> Points en U <input type="checkbox"/> Surjet simple <input type="checkbox"/> Surjet intradermique <input type="checkbox"/> Blair Donati <input type="checkbox"/> Agrafes <input type="checkbox"/> Autres : ... |
|---|--|--|

9. Quels fils utilisez-vous et pourquoi ?

- Fils résorbables, pourquoi ? ...
- Fils non résorbables, pourquoi ? ...
- Agrafes, pourquoi ? ...

10. Avec quoi et pourquoi faites-vous vos nœuds ?

- Plan vaginal :

- À la main
- Avec une pince
- Agrafes

Pourquoi :

- Apprécier la tension
- Favoriser la solidité
- Favoriser le confort de la patiente
- Se protéger
- Autres :

- Plan musculaire :

- À la main
- Avec une pince
- Agrafes

Pourquoi :

- Apprécier la tension
- Favoriser la solidité
- Favoriser le confort de la patiente
- Se protéger
- Autres :

- Plan cutané :

- À la main
- Avec une pince
- Agrafes

Pourquoi :

- Apprécier la tension
- Favoriser la solidité
- Favoriser le confort de la patiente
- Se protéger
- Autres :

11. Avant de commencer votre réfection :

Vérifiez-vous si votre patiente est confortable ?

- Jamais
- À chaque fois
- Si vous avez eu des difficultés pour l'installer
- Si elle se plaint

Comment vous installez-vous ?

- Vous :

- Aucune mesure particulière
- Casaque stérile
- Charlotte
- Masque
- Gants stériles
- Lunettes de protection
- Autres : ...

- Préparation cutanée du périnée:

- Aucune (petite toilette uniquement)
- Locale (périnée uniquement)
- Large (pubis, $\frac{1}{2}$ cuisses, pli inter fessier)

- Champs stériles :

- Rien
- Jambières
- Sous fessier
- Sur l'abdomen

Quelle analgésie utilisez-vous ?

- Locale, si oui laquelle : spray infiltration autres : ...
- MEOPA
- Analgésie péridurale seulement
- Injecter un bolus
- Anesthésie générale
- Aucune

12. Quelle est la durée moyenne de votre réfection d'épisiotomie ? ... minutes

13. Où avez-vous appris votre technique de suture actuelle ?

- Au cours de vos stages Protocole de service
- Lors de vos Travaux Pratiques Autres : ...
- Lors des formations continues

14. Avez-vous déjà participé à des formations sur la technique de réfection des épisiotomies ?

- oui non

Si oui, lesquelles : ...

15. Au cours de votre carrière, avez-vous changé votre technique de suture ?

- oui non

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expérience | <input type="checkbox"/> Expérience |
| <input type="checkbox"/> Lieu d'exercice | <input type="checkbox"/> Lieu d'exercice |
| <input type="checkbox"/> Formation | <input type="checkbox"/> Formation |
| <input type="checkbox"/> Protocole | <input type="checkbox"/> Protocole |
| <input type="checkbox"/> Autres : ... | <input type="checkbox"/> Autres : ... |

16. Avez-vous pris connaissance des recommandations sur la réfection des épisiotomies du CNGOF de 2005 ?

- oui non

Si oui, en prenez-vous compte ? oui non

L'évaluation de vos pratiques professionnelles :

17. Vous assurez-vous, vous-même, des suites de vos sutures en suites de couches?

- jamais rarement souvent systématiquement

Si jamais, pourquoi ?

- J'ai confiance en ma technique
 Uniquement si j'ai eu des difficultés
 Autres : ...

18. Vous évaluez la qualité de votre suture :

- Lors des transmissions entre vos collègues en suites de couches
 En examinant votre patiente
 Autres : ...

19. Quels sont vos critères d'évaluation de votre réfection ?

- Le confort de la patiente
 Douleur
 Gène occasionnée par un point
 Esthétique
 Solidité
 Autres : ..

20. Avez-vous ajusté votre technique de suture suite à cette évaluation ?

- oui non

21. Un commentaire ou une remarque sur la réfection des épisiotomies ?

