



HAL
open science

Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie

Laura Subrini

► **To cite this version:**

Laura Subrini. Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01412783

HAL Id: dumas-01412783

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412783>

Submitted on 8 Dec 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U^{SPC}
Université Sorbonne
Paris Cité

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELLOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement le

28 juin 2016

par

Laura SUBRINI

Née le 22 Septembre 1992

Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme CHUILON Anne-Lise

Sage-femme enseignante, Ecole de
sages- femmes de Baudelocque

JURY :

Mme BAUNOT Nathalie

Mme RAYMOND Anne-Sophie

Mme VEROT Christelle

Sage-femme, Coordinatrice RSPP

Sage-femme, Maternité Antoine Béchère

Sage-femme enseignante, Ecole de sages-femmes de
Baudelocque

Mémoire N° 2016PA05MA26

Remerciements

Tout d'abord, un immense merci à Mme Chuilon pour son implication dans ce projet et dans mon suivi pédagogique en général. Merci pour votre patience et votre soutien permanent tout au long de ce travail.

Je souhaiterais également remercier l'ensemble de l'équipe enseignante pour la formation de qualité qu'elle m'a dispensée durant ces quatre années. Merci à Mme Chantry pour ses conseils avisés. Mes remerciements vont également à Mme Huet et Mme Vivier pour leur bienveillance.

Merci aux futures sages-femmes de la promotion, pour cette odyssée studieuse à leurs côtés.

Merci spécialement à Camille, d'avoir partagé avec moi ces moments de doutes, mais surtout ces merveilleux moments de joie. Merci pour cette amitié qui m'est si précieuse.

Merci à mes parents pour leur soutien et leur amour inconditionnel. Merci Maman de te faire du souci pour moi depuis la minute où la sage-femme m'a posée sur ton ventre. Merci Papa de me pousser à réfléchir autrement, merci d'être un extra-terrestre.

Merci à ma sœur, d'être depuis toujours ma meilleure alliée dans la vie. Merci à mon frère de me ramener sans cesse dans l'insouciance et les joies de l'enfance.

Merci à mes grands-parents, de me rappeler chaque jour que rien n'est plus important que de profiter de l'instant présent et des gens que l'on aime.

Merci à mes amies ajacciennes, d'être près de moi depuis tant d'années.

Merci à Hugo, de m'avoir rendue meilleure.

Merci aux sages-femmes et aux soignants que j'ai rencontrés pour ce qu'ils m'ont transmis. Merci tout particulièrement à Anna d'avoir cru en moi dès mes premières gardes en salle de naissance.

Merci aux sages-femmes d'avoir pris de leur temps pour répondre à mon questionnaire et sans qui je ne pourrais pas présenter ce travail.

Merci aux femmes et aux couples de m'accorder leur confiance, je tâcherais d'en être digne en recherchant continuellement à être un professionnel de santé toujours plus compétent.

Table des matières

Liste des tableaux	V
Liste des figures	VI
Liste des annexes	VII
Lexique	VIII
1. INTRODUCTION	1
2. MATERIEL ET METHODES	3
2.1. Hypothèses et objectifs de l'étude.....	3
2.1.1. Objectif principal :	3
2.1.2. Objectifs secondaires :	4
2.1.3. Hypothèses :	4
2.2. Type d'étude et Population de l'étude.....	4
2.3. Recueil de données.....	5
2.4. Procédures de minimisation des biais.....	6
2.5. Analyse statistique.....	7
3. RESULTATS	12
3.1. Participation.....	12
3.2. Caractéristiques individuelles des sages-femmes.....	12
3.3. Caractéristiques de l'activité professionnelle et de l'établissement d'exercice.....	13
3.4. Données sur la formation continue et les connaissances scientifiques des sages-femmes.....	13
3.5. Données sur la pratique de l'épisiotomie et l'intérêt porté à la protection du périnée.....	14
3.6. Données sur l'analyse individuelle de la pratique de l'épisiotomie et des risques perçus par les sages-femmes.....	18
3.7. Données sur la pratique de l'épisiotomie dans la maternité d'exercice.....	20
3.8. Analyses des taux d'épisiotomie des sages-femmes.....	20
4. DISCUSSION	24
4.1. Synthèse des principaux résultats.....	24
4.2. Validité des hypothèses.....	25
4.3. Forces et limites de l'étude.....	27
4.3.1. Forces de l'étude.....	27

4.3.2. Limites et biais de l'étude.....	28
4.4. Discussion des principaux résultats.....	28
4.4.1. Caractéristiques individuelles et caractéristiques de l'environnement professionnel des sages-femmes.....	28
4.4.2. Etude des taux d'épisiotomie des sages-femmes	29
4.4.2.1. Différences des taux d'épisiotomie entre les sages-femmes.....	29
4.4.2.2. Taux d'épisiotomie et caractéristiques individuelles et professionnelles des sages-femmes	31
4.4.2.3. Taux d'épisiotomie, recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie et risque perçu par les sages-femmes.....	32
4.4.2.4. Les différences entre sages-femmes, reflet possible de décisions personnelles non influencées par les facteurs collectifs.....	36
4.4.2.5. Episiotomie, information et consentement.....	37
5. CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXES.....	45
RESUME.....	62

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taux d'épisiotomie et caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des sages-femmes.....	21
Tableau 2 : Taux d'épisiotomie et caractéristiques des maternités d'exercice des sages-femmes.....	22
Tableau 3 : Taux d'épisiotomie et scores (Formation continue et culture scientifique des sages-femmes, Intérêt porté à la protection du périnée, Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes, Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée).....	23

Liste des figures

Figure 1 : Taux d'épisiotomie des sages-femmes (n=362).....	15
Figure 2 : Fréquence de réalisation d'une épisiotomie en fonction des situations obstétricales (n=362).....	16
Figure 3 : Points de vue des sages-femmes concernant la délivrance de l'information et du recueil du consentement relatifs à la réalisation d'une épisiotomie (n=360) ...	17
Figure 4 : Moyenne des taux d'épisiotomie selon l'âge des sages-femmes.....	21
Figure 5 : Moyennes des taux d'épisiotomie et nombre d'années d'exercice en salle de naissance.....	21
Figure 6 : Moyenne des taux d'épisiotomie et lecture des recommandations pour la pratique clinique.....	21
Figure 7 : Moyenne des taux d'épisiotomie et mode d'exercice des sages-femmes.....	22
Figure 8 : Moyenne des taux d'épisiotomie et type de la maternité d'exercice.....	22
Figure 9 : Moyenne des taux d'épisiotomie et prise en charge peu médicalisée.....	22
Figure 10 : Moyenne des taux d'épisiotomie et score analyse individuelle des pratiques professionnelles des sages-femmes.....	

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire	45
Annexe 2 : Motifs de non lecture de la littérature scientifique sur la protection du périnée ou l'épisiotomie évoquées par les sages-femmes (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif, n = 362).....	51
Annexe 3 : Répartition des sages-femmes dans le score « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » (n = 362)	52
Annexe 4 : Répartition des sages-femmes dans le score « Intérêt porté à la protection du périnée » (n = 362)	52
Annexe 5 : Facteurs conduisant les sages-femmes à réaliser une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 362).....	54
Annexe 6 : Facteurs conduisant les sages-femmes à ne pas réaliser d'épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 362).....	55
Annexe 7 : Motifs d'interrogation des sages-femmes suite à la réalisation d'une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif, n = 283).....	56
Annexe 8 : Motifs de regret des sages-femmes d'avoir réalisé une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif parmi celles ayant regretté d'avoir réalisé une épisiotomie, n = 153)	56
Annexe 9 : Motifs de regret des sages-femmes de ne pas avoir réalisé une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif parmi celles ayant regretté de ne pas avoir réalisé une épisiotomie, n = 178)	58
Annexe 10 : Facteurs cités comme participant à l'évolution de la pratique individuelle de l'épisiotomie des sages-femmes (pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 274)	58
Annexe 11 : Répartition des sages-femmes dans le score « Analyse individuelle des pratiques professionnelles » (n = 362)	60
Annexe 12 : Répartition des sages-femmes dans le score « Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » (n = 362).....	60

Lexique

ARCF :	Anomalies du rythme cardiaque fœtal
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DPC :	Développement Professionnel Continu
ENP :	Enquête nationale Périnatale
EPF :	Estimation de poids fœtal
EPP :	Evaluation des pratiques professionnelles
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PP :	Postpartum
RCF :	Rythme cardiaque fœtal
RCIU :	Retard de croissance intra utérin
RPC :	Recommandations pour la pratique clinique
SDN :	Salle de naissance

1. INTRODUCTION

L'épisiotomie est le geste chirurgical le plus fréquemment réalisé en salle de naissances lors de l'accouchement par voie basse. Il consiste à sectionner le périnée, et plus particulièrement le faisceau pubo-rectal des muscles releveurs de l'anus [1]. En France, la section du périnée est très majoritairement médio-latérale, depuis la commissure postérieure de la vulve, à 45 degrés en direction de l'épine ischiatique. L'épisiotomie peut varier en fonction de l'opérateur dans son orientation, sa longueur, sa profondeur, ainsi que dans le moment de sa réalisation ou dans la qualité de sa réparation [2].

L'épisiotomie a pour objectif initial de prévenir les lésions périnéales sévères et de diminuer les risques d'asphyxie fœtale en diminuant la durée de l'expulsion et en facilitant le dégagement de l'enfant ainsi que les manœuvres obstétricales [3]. Mais elle est aussi associée à un risque de complications telles que hémorragie, hématome, infection, douleurs ou dyspareunies [4][5].

Décrite pour la première fois à la fin du 18ème siècle [6], la pratique de l'épisiotomie se libéralise progressivement [7] pour devenir systématique lors de l'accouchement de la primipare et très fréquente chez la multipare au cours du 20ème siècle [8]. Dans les années 60-70, la pratique de l'épisiotomie est profondément ancrée dans l'enseignement et la pratique obstétricale. Mais à partir des années 80, en l'absence de preuves scientifiques et avec l'émergence de la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine), la pratique systématique de l'épisiotomie est remise en question [3][9][10][11].

En 2000 puis en 2009, Carroli et al. publient dans la Cochrane Database une méta-analyse de huit essais randomisés qui compare le recours restrictif (28,4%) au recours systématique (75,2%) à l'épisiotomie [4][12]. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de réduction de la morbidité périnéale maternelle en cas d'usage systématique : en effet, aucune différence n'a été mise en évidence concernant les lésions vaginales ou périnéales sévères, l'incontinence urinaire ou les dyspareunies et la douleur à long terme.

Une revue rigoureuse de la littérature internationale est effectuée en 2005, par un groupe d'experts du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique [13][14]. Cette revue incluait 7 essais randomisés publiés entre 1984 et 2004 [10][15-20]. Dans ces études la réalisation de l'épisiotomie n'est jamais systématique ou totalement absente. Le terme usage libéral était employé pour les groupes où l'épisiotomie était largement utilisée et celui de restrictif pour les groupes où elle était réduite à une utilisation plus restreinte. Malgré la qualité méthodologique très satisfaisante de ces études, les taux d'épisiotomie variaient du simple au double pour un usage libéral, et de un à sept pour l'usage restrictif ce qui représente un biais notable [13]. Suite au travail du groupe d'experts et conjointement à une diminution de la fréquence de l'épisiotomie dans la plupart des pays occidentaux, le CNGOF publie en 2005 ses recommandations pour la pratique clinique (RPC) de l'épisiotomie visant à promouvoir une politique restrictive et à réduire le taux global en dessous de 30% (taux correspondant au taux global dans le groupe « usage restrictif » de la méta-analyse de Carulli en 2000 [4]) [21]. Dans ces RPC, de nombreuses situations obstétricales considérées à risques n'indiquent pas systématiquement une épisiotomie, néanmoins, il existe des circonstances au cours desquelles un jugement clinique prudent et pertinent dictera à l'accoucheur la réalisation d'une épisiotomie [14]. La réalisation d'une épisiotomie est donc laissée à l'appréciation du praticien (sage-femme ou obstétricien), sur la base de son expertise clinique [21].

Si l'épisiotomie connaît des variations de fréquence au cours du temps, elle connaît également des variations géographiques [22]. D'après les données européennes issues de l'enquête Euro-Péristat, en 2010 les taux d'épisiotomie varient suivant les pays de 4,9% au Danemark, à 72,9% au Portugal ; on observe parallèlement une forte diminution des taux d'épisiotomie dans la plupart des pays européens entre 2004 et 2010 [23][24].

En France le taux global d'épisiotomie est de 26,8%, soit 44,4% des primipares et 14,3% des multipares en 2010 [25]. Ce taux global est en accord avec les recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie de 2005 [21]. Par ailleurs, l'évolution de ce taux montre une diminution très forte depuis 1998 passant de 50,9% en 1998 à 26,8% en 2010 [26].

Si les taux d'épisiotomie sont très variables d'un pays à l'autre, il existe également de grandes différences des taux entre les maternités et entre les régions [27]. En France en 2007, une étude a montré une forte variation des taux d'épisiotomie entre les CHU, allant de 3,6 à 61,7% [28]. Une autre étude réalisée en 2016 à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010 a montré des taux d'épisiotomie variant de 17 à 64% chez les primipares et de 3 à 21% chez les multipares entre les régions, mais également une variabilité importante entre les différentes maternités ($p < 0,001$) [29]. Les caractéristiques individuelles et obstétricales des femmes ainsi que les caractéristiques des maternités n'expliquaient pas entièrement cette variabilité. Plusieurs études internationales suggèrent qu'une part de la variabilité des taux d'épisiotomie pourrait être expliquée par les différences de points de vue et d'attitudes des praticiens [30-34] et par des politiques de service relatives à la protection du périnée et au recours à l'épisiotomie différentes [35].

Devant la variabilité des taux d'épisiotomie en France [29], en l'absence d'études à ce jour en France sur les points de vue et attitudes des praticiens vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie et parce qu'il n'y a pas de consensus sur le rôle de l'épisiotomie vis-à-vis de la protection du périnée [36], il apparaît intéressant d'étudier les points de vue et les attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée ainsi que les facteurs pouvant potentiellement influencer ces points de vue et attitudes.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Hypothèses et objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif principal :

L'objectif principal de ce travail était de décrire les attitudes et points de vue individuels des sages-femmes vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie, et d'étudier les facteurs pouvant influencer ces attitudes et points de vue.

2.1.2. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de ce travail étaient de confronter les différents points de vue et attitudes des sages-femmes aux recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie et aux données récentes de la littérature scientifique, ainsi que d'étudier l'impact des politiques de service sur la pratique individuelle des sages-femmes.

2.1.3. Hypothèses :

Hypothèse 1 : Il existe une différence de points de vue et d'attitudes parmi les sages-femmes vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie.

Hypothèse 2 : Il existe des facteurs individuels ou locaux influençant les attitudes et points de vue des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée.

Hypothèse 3 : La connaissance et l'adhésion aux recommandations ainsi qu'aux données de la littérature scientifique concernant la protection du périnée, la survenue de lésions périnéales et le recours à l'épisiotomie influencent la pratique individuelle des sages-femmes.

Hypothèse 4 : Les politiques de service influencent la pratique individuelle des sages-femmes.

2.2. Type d'étude et Population de l'étude

Il s'agit d'une enquête multicentrique par auto-questionnaire réalisée auprès de sages-femmes pratiquant des accouchements.

La population cible de cette étude était l'ensemble des sages-femmes réalisant des accouchements en France. Ce choix était lié au souhait d'étudier les attitudes et pratiques en maïeutique.

La population source était constituée des sages-femmes exerçant en salle de naissances dans 20 maternités privées ou publiques de l'Est Parisien entre août 2015 et janvier 2016. Tous les types de maternités ont été représentés dans cette étude. Ont également participé à l'enquête des sages-femmes exerçant en maisons de naissance et des sages-femmes libérales réalisant des accouchements en plateau technique ou à domicile dans ce même secteur.

2.3. Recueil de données

Les sages-femmes cadres des maternités sélectionnées ont été sollicitées pour la diffusion des auto-questionnaires auprès des sages-femmes exerçant en salle de naissance dans leur établissement. Les données ont été collectées grâce au logiciel en ligne Google Forms, ce qui a également permis de respecter le caractère anonyme de l'étude. Des auto-questionnaires papiers ont également été distribués dans trois maternités de type I, en raison du faible nombre de réponses reçues par internet pour ce type de maternité.

Le questionnaire incluait 31 questions (Annexe 1). Les questions étaient principalement des questions fermées ; quelques questions semi-ouvertes ont également été intégrées. Plusieurs types de données ont été recueillis et regroupés en quatre thèmes :

Caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes : âge, sexe, année d'obtention du diplôme, nombre d'années d'exercice en salle de naissance, pays de formation, diplômes universitaires complémentaires, lecture d'ouvrages scientifiques, formation continue (développement professionnel continu, formations non diplômantes, participation à des journées ou congrès des sociétés savantes en maïeutique et/ou en obstétrique).

Caractéristiques de l'environnement professionnel des sages-femmes : secteur d'activité (hospitalier public ou privé, libéral avec accès à un plateau technique, accouchements à domicile), type de la maternité d'exercice (I, IIA, IIB, III), présence d'un espace physiologique ou procédure de prise en charge peu médicalisée; missions

d'enseignement, missions de tutorat ou d'encadrement d'étudiants sages-femmes, participation à des staffs formatifs ou à des revues de morbi-mortalité.

Données sur la pratique des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée : estimation des taux individuels d'épisiotomie, facteurs conduisant à la réalisation ou à la non réalisation d'une épisiotomie, actions visant à protéger le périnée, connaissances scientifiques (lecture de la littérature scientifique sur la protection du périnée, les lésions périnéales et la place de l'épisiotomie), adhésion aux recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie, information et recueil de consentement auprès des femmes.

Données sur la culture du service vis-à-vis du périnée : réflexion autour de l'épisiotomie et/ou évaluation des pratiques professionnelles de l'épisiotomie et de la protection du périnée dans le service.

2.4. Procédures de minimisation des biais

Le biais le plus important de notre étude, relatif au caractère déclaratif de l'auto-questionnaire, était le biais d'information (biais de déclaration, effet Hawthorne), pouvant conduire en particulier à une estimation erronée des taux individuels d'épisiotomie (sur ou sous-estimation). Nous avons essayé de minimiser ce biais en insistant auprès des sages-femmes sur le caractère anonyme de l'enquête et en construisant le questionnaire de manière à éviter qu'elles puisent dans les questions précédentes les réponses aux questions suivantes.

Un autre biais redouté était le biais de sélection constitué par les non-répondants. Différents moyens ont été envisagés pour faciliter l'adhésion à l'étude et augmenter le nombre de répondants en recherchant une participation simple et rapide : rédaction d'une lettre introductive présentant l'étude, questionnaire attractif grâce à des questions et consignes précises, phrases simples et courtes, pas de doubles négations, présentation et mise en page agréable, questions fermées ou semi-ouvertes.

Le questionnaire a été testé auprès de 15 sages-femmes. Cette phase de test avait pour objectif de minimiser les biais, en le rendant plus attractif et plus simple, tout en conservant l'objectif fixé de recueillir des points de vue et des attitudes différents et représentatifs. Des modifications ont été apportées au questionnaire suite à cette phase de test.

Une relance a été effectuée un mois après le premier envoi.

2.5. Analyse statistique

Dans un premier temps, nous avons décrit la population des sages-femmes ainsi que leur pratique et points de vue vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée. Nous avons utilisé les effectifs et les pourcentages pour décrire les variables qualitatives (exemple : statut de la maternité d'exercice), la médiane et +/- les 5^{èmes} et 95^{èmes} percentiles pour décrire les variables ordinales (exemple : année du diplôme), la moyenne, l'écart-type et les valeurs extrêmes pour décrire les variables quantitatives (exemple : âge).

Nous avons ensuite étudié les facteurs associés à la pratique de l'épisiotomie. La variable à expliquer était la variable « Taux d'épisiotomie » recueillie grâce à la question 15 du questionnaire qui demandait aux sages-femmes d'estimer leur taux individuel d'épisiotomie en pourcentages (Annexe 1). Cette variable a été construite en 4 classes correspondant aux quartiles de la distribution des taux d'épisiotomie parmi les sages-femmes: ≤ 5 , 6-10, 11-20 et > 20 (%). Initialement nous avons construit la variable « Taux d'épisiotomie » en 2 classes avec un seuil de 30% car il correspondait au seuil des RPC de l'épisiotomie. Mais en raison d'un effectif faible dans la classe $\geq 30\%$, le test exact de Fisher habituellement utilisé lorsque les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle sont inférieurs à 5, n'était pas réalisable pour l'étude de nombreux facteurs ; en effet, le logiciel de calculs statistiques que nous avons utilisé ne permettait pas de réaliser le test exact de Fisher pour des variables catégorielles de plus de 2 catégories.

Les variables explicatives étaient les caractéristiques sociodémographiques et la formation initiale des sages-femmes, les caractéristiques de leur lieu d'exercice et des services, les caractéristiques en lien avec la formation continue et les

connaissances scientifiques ; elles ont été construites en classes. Nous avons également étudié les différences entre les moyennes des taux d'épisiotomie dans chaque classe de variables explicatives.

Nous avons par ailleurs construit 4 scores dans le but d'obtenir 4 variables composites en regroupant les questions qui avaient un thème commun. Ces scores ont été cotés de 0 et 11, ce qui a permis de les diviser en quartiles Q (Q1 : [0-2] ; Q2 : [3-5] ; Q3 : [6-8] ; Q4 : [9-11]), afin de simplifier les analyses et la présentation des résultats. Pour chaque réponse, nous avons attribué un nombre de points en fonction du poids de chaque question dans le score. L'absence de réponse à une question entraînait 0 point pour la question donnée. Les points obtenus pour chacune des réponses ont été additionnés pour former le score final.

Le score 1, intitulé « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes », était constitué des réponses aux questions 6, 11, 12, 30 et 31 du questionnaire (Annexe 1).

La question 6, portant sur les diplômes universitaires complémentaires, attribuait 2 points aux sages-femmes qui avaient déclaré avoir un ou plusieurs diplômes universitaires complémentaires et 0 à celles qui avaient déclaré ne pas en avoir.

La question 11 recherchait les formations non diplômantes et/ou la participation à des journées ou congrès de maïeutique, d'obstétrique ou de périnatalité. Nous avons attribué 1 point lorsque la sage-femme déclarait avoir participé à des formations et/ou des journées ou congrès.

La question 12 interrogeait les sages-femmes sur la lecture d'articles scientifiques sur le périnée ou l'épisiotomie. Nous avons accordé 2 points aux sages-femmes qui ont déclaré lire cette littérature scientifique et 0 aux sages-femmes ayant déclaré ne pas en lire.

La question 30 recueillait la connaissance du taux global d'épisiotomie en France par les sages-femmes. Pour cette question, la référence était le taux global d'épisiotomie en France d'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, soit 27%. Une différence de 5% ou moins par rapport à ce taux de 27%, soit une réponse comprise entre 22% et 32% entraînait 2 points ; une différence de 6 à 10%, soit une réponse comprise

entre 17% et 21% ou 33% et 37% entraînait 1 point; et une différence de plus de 10 % soit une réponse < 17% ou > 37% entraînait 0.

Enfin la question 31 appréciait la lecture des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie de 2005. Les sages-femmes qui avaient déclaré avoir lu les RPC obtenaient 2 points, celles qui déclaraient ne pas les avoir lues obtenaient 0.

Le score 2, intitulé « Intérêt porté à la protection du périnée » était constitué des réponses aux questions 14 et 23.

La question 14 interrogeait les sages-femmes sur la place accordée au périnée au cours de l'accouchement. Une échelle de 0 à 10 était proposée. Nous avons choisi de ramener cette échelle à 11 afin de répartir les réponses en quartiles. Une réponse comprise entre 9 et 11 entraînait 3 points, une réponse comprise entre 6 et 8 entraînait 2 points, une réponse comprise entre 3 et 5 entraînait 1 point et une réponse inférieure à 3 entraînait 0.

La question 23 portait sur les moyens de protection du périnée autres que l'épisiotomie, utilisés par les sages-femmes. Plusieurs moyens étaient proposées (annexe 1). Pour cette question, nous avons attribué 1 point aux sages-femmes qui ont déclaré utiliser un ou deux moyens de protection du périnée. Nous avons attribué 2 points aux sages-femmes qui déclaraient utiliser trois moyens ou plus. Les sages-femmes ayant répondu n'utiliser aucun moyen obtenaient 0.

Le score 3, intitulé « Analyse individuelle des pratiques professionnelles », était constitué des réponses aux questions 18, 19, 20 et 31 du questionnaire (Annexe 1).

La question 18 demandait aux sages-femmes si elles s'interrogeaient après la réalisation d'une épisiotomie. Lorsque les sages-femmes déclaraient s'interroger, nous avons accordé 2, lorsqu'elles déclaraient ne pas s'interroger obtenait 0.

La question 19 demandait aux sages-femmes si elles regrettaient d'avoir réalisé ou de ne pas avoir réalisé d'épisiotomie. Lorsque que la sage-femme déclarait avoir déjà regretté d'avoir fait une épisiotomie, nous avons attribué 1 point ; de même lorsqu'elle déclarait avoir déjà regretté de ne pas en avoir fait. Pour cette question, nous avons choisi de ne pas additionner la réponse obtenue selon la réalisation ou la non

réalisation d'une épisiotomie, puisque l'élément recherché était d'avoir eu une réflexion *a posteriori*, indifféremment de la réalisation ou de la non réalisation d'une épisiotomie.

La question 20 permettait d'évaluer la perception des sages-femmes sur l'évolution de leur pratique de l'épisiotomie. Les sages-femmes qui ont déclaré que leur pratique avait évolué obtenaient 2 points, celles qui ont déclaré que leur pratique n'avait pas évolué obtenaient 0.

Enfin la question 21 interrogeait les sages-femmes sur la lecture des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie de 2005 et sur l'influence des RPC sur leur pratique. Pour cette question seule l'influence des RPC a été traitée, la lecture des RPC faisant partie du score 1. Les sages-femmes ayant affirmé que la lecture des RPC avait eu une influence sur leur pratique obtenaient 2 points, celles qui l'ont infirmé obtenaient 0.

Le score 4, intitulé « Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée », était constitué des réponses aux questions 28 et 29 du questionnaire (Annexe 1).

La question 28 demandait aux sages-femmes s'il existait une réflexion sur l'épisiotomie dans le service de leur maternité d'exercice. Plusieurs propositions étaient ensuite présentées après la réponse « oui » et la réponse « non » à la question. Pour cette question, de nombreuses sages-femmes ayant répondu à la fois aux propositions liées à la réponse « oui » et des propositions liées à la réponse « non », nous avons choisi une notation qui permettait de valoriser les réponses indiquant une véritable réflexion. Lorsque les sages-femmes ont affirmé que le contrôle du taux d'épisiotomie était un projet de l'équipe médicale, et/ou que le chef de service accordait de l'importance à la maîtrise du taux d'épisiotomies, et/ou que le chef de service accordait de l'importance à la justification de l'indication de la réalisation d'une épisiotomie, nous avons attribué 2 points pour ces affirmations. Lorsque les sages-femmes ont affirmé que le chef de service avait confiance en son équipe et/ou que la décision revenait à l'accoucheur qui était seul juge de l'indication, nous avons attribué 1 point. Lorsque les sages-femmes ont répondu que la protection du périnée n'était pas une préoccupation du service, nous avons attribué 0. Les autres raisons évoquées par les sages-femmes n'ont pas été traitées en raison de leur faible représentation.

La question 29 portait sur la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) autour de l'épisiotomie dans le service. Lorsqu'une EEP de l'épisiotomie avait été réalisée, nous avons attribué 2 points et 0 s'il n'y avait pas d'EPP de l'épisiotomie au sein du service.

Un risque de perte d'information entraînant une perte de puissance des tests statistiques était à redouter si le nombre de données manquantes (non réponses aux questions ou données aberrantes) était trop élevé. Cependant, lorsque la proportion de données manquantes de l'échantillon est faible ($\leq 5\%$), il est statistiquement admis que cela ne modifie pas les résultats de l'analyse. Ces données manquantes peuvent alors être exclues pour l'analyse [37]. Aucune des réponses au questionnaire n'avait un nombre de données manquantes supérieur ou égal à 5 % des réponses ; nous avons donc exclu de l'analyse les réponses absentes ou aberrantes.

Les comparaisons des taux d'épisiotomie selon les différentes variables explicatives ont été testées par des tests du Khi2 ou par des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs. Les comparaisons entre les moyennes des taux d'épisiotomie dans chaque classe des variables explicatives ont été testées par des tests de Student ou par des analyses de la variance, sauf lorsque le nombre de données dans chaque classe était supérieur à 75, le logiciel ne permettant pas de réaliser alors l'analyse de variance. Dans ce cas, nous avons calculé les intervalles de confiance à l'aide du logiciel Excel. Le seuil de signification des tests était de 5% ($p < 0,05$).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Microsoft Excel et BiostaTGV (disponible en ligne sur <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>)

3. RESULTATS

3.1. Participation

362 sages-femmes ont répondu au questionnaire.

3.2. Caractéristiques individuelles des sages femmes

La moyenne d'âge des sages-femmes de notre échantillon était de 31,2 ans (standard déviation : +/- 0,02) avec des extrêmes allant de 21 à 64 ans.

Notre population de sages-femmes était constituée de 96,9% de femmes (n = 352) et 3,1% d'hommes (n = 11).

Dans notre étude, 93,6% des sages-femmes (n = 339) ont déclaré avoir effectué leur étude en France et 6,4% (n = 23) dans un autre pays (22 en Belgique et 1 en Allemagne). La médiane de l'année d'obtention du diplôme était 2010 ; les valeurs des 5^{ème} et 95^{ème} percentiles étaient respectivement 1992 et 2015. 39,2% des sages-femmes (n = 142) ont déclaré détenir des diplômes universitaires complémentaires à leur formation initiale.

La moyenne du nombre d'années d'exercice en salle de naissance était 6,5 ans (standard deviation : +/- 0,02) avec des extrêmes allant de moins d'un an à 36 ans.

52,8% des sages-femmes (n = 191) ont indiqué avoir accouché par voie basse. Parmi celles-ci, 25,1% (n = 48) ont indiqué avoir eu une épisiotomie. Le vécu des sages-femmes ayant eu une épisiotomie lors de leur(s) accouchement(s) était bon pour 37,5% (n = 18) d'entre elles, mauvais pour 37,5% (n = 18) ou indifférent pour 25% (n = 12) d'entre elles.

3.3. Caractéristiques de l'activité professionnelle et de l'établissement d'exercice

82% des sages-femmes (n = 297) ont déclaré travailler dans le secteur public (CH, CHU, PSPH), 11% (n = 40) dans le secteur privé, et 3,6% (n = 13) en libéral avec accès à un plateau technique ou réalisant des accouchements à domicile.

16,5% des sages-femmes (n = 56) ont déclaré travailler en type I, 16,2% (n = 55) en type IIA, 18,9% en type IIB (n = 64) et 48,4% (n = 164) en type III. 4,4% des sages-femmes (n = 16) ont déclaré travailler dans plusieurs types de maternité, nous avons choisi de les exclure pour l'analyse des taux d'épisiotomie selon le type de la maternité d'exercice.

66,6% des sages-femmes (n = 241) ont déclaré que leur établissement d'exercice avait des missions d'enseignements (CHU).

38,4% des sages-femmes (n = 138) ont déclaré que leur maternité disposait d'un espace physiologique et/ou d'une procédure de prise en charge peu médicalisée de l'accouchement.

3.4. Données sur la formation continue et les connaissances scientifiques des sages-femmes

30,7% des sages-femmes (n = 112) ont déclaré lire de la littérature scientifique sur la protection du périnée. Les principales raisons évoquées par les sages-femmes qui ont déclaré ne pas lire de littérature scientifique étaient : le manque de temps (34,3%, n = 124), une rare lecture de la littérature scientifique en général (29,6%, n = 107), une lecture uniquement des recommandations (15,2%, n = 55) (Annexe 2).

42,3% des sages-femmes (n = 112) ont déclaré avoir lu les RPC de l'épisiotomie.

Concernant la connaissance du taux global d'épisiotomie en France par les sages-femmes, les résultats montraient que 41,7% des réponses s'écartaient de 5%

en plus ou en moins de 27%, taux global d'épisiotomie en France (n = 151), 23,5% des réponses s'écartaient de 6 à 10% (n = 85) et 34,8 % de plus de 10% (n = 126).

La répartition des sages-femmes dans le score « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » (score 1), était la suivante : 17,7% (n = 64) pour le premier quartile (Q1), 30,7% (n = 111) pour le second quartile (Q2), 36,4% (n = 132) pour le troisième quartile (Q3) et 15,2% (n = 55) pour le quatrième quartile (Q4) (Annexe 3).

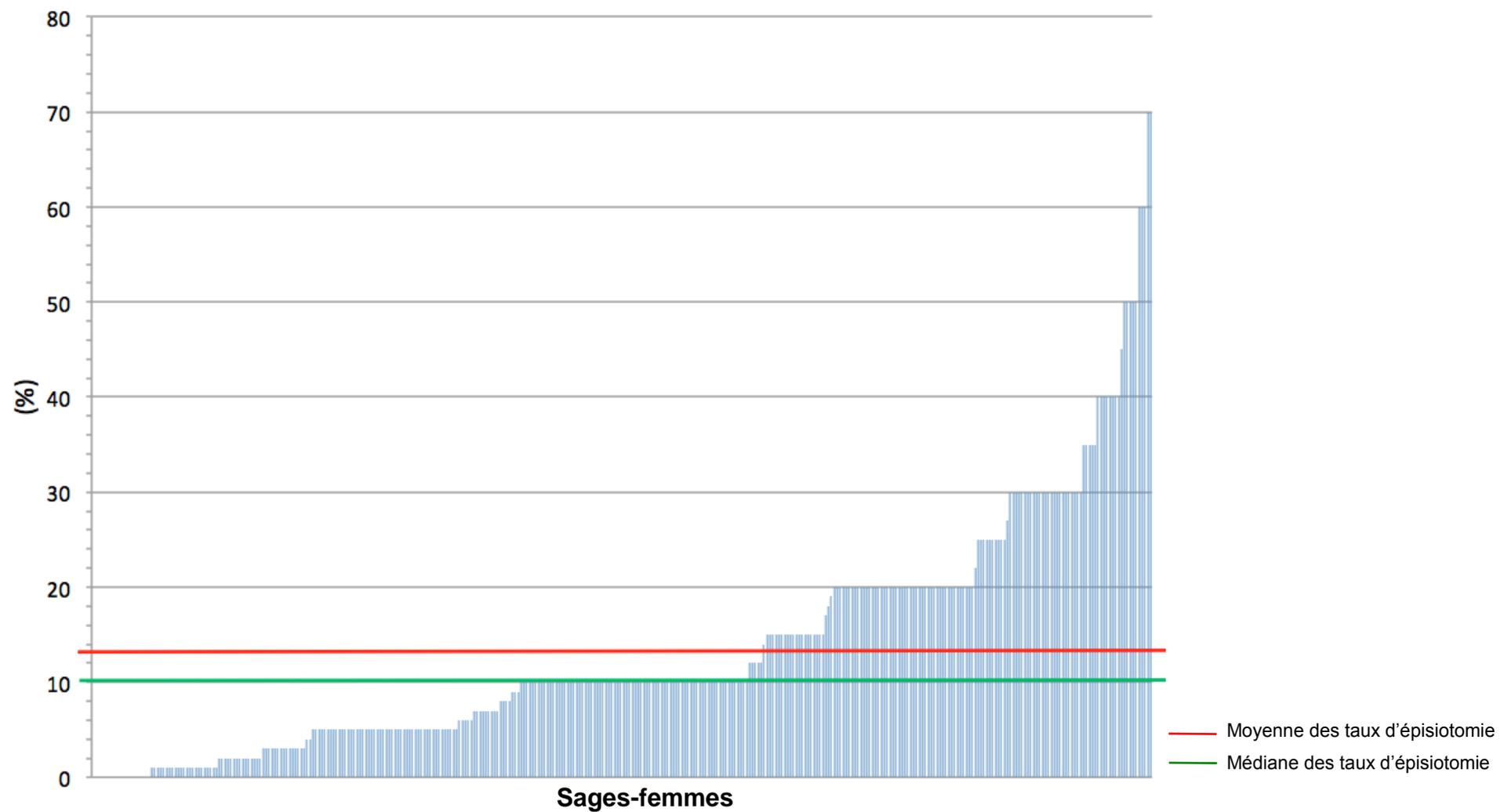
3.5. Données sur le pratique de l'épisiotomie et l'intérêt porté à la protection du périnée

La moyenne des taux d'épisiotomie déclarés par les sages-femmes était de 13,4% (standard deviation : +/- 0,7 ; en rouge sur la figure 1) avec des extrêmes allant de 0 à 70%. La médiane était de 10,0% (en vert sur la figure 1), les 5^{ème} et 95^{ème} percentiles étaient respectivement 0,0 et 40,8% (Figure 1).

13,5% des sages-femmes (n = 49) avaient un taux d'épisiotomie supérieur ou égal à 30% (seuil recommandé dans les RPC de l'épisiotomie).

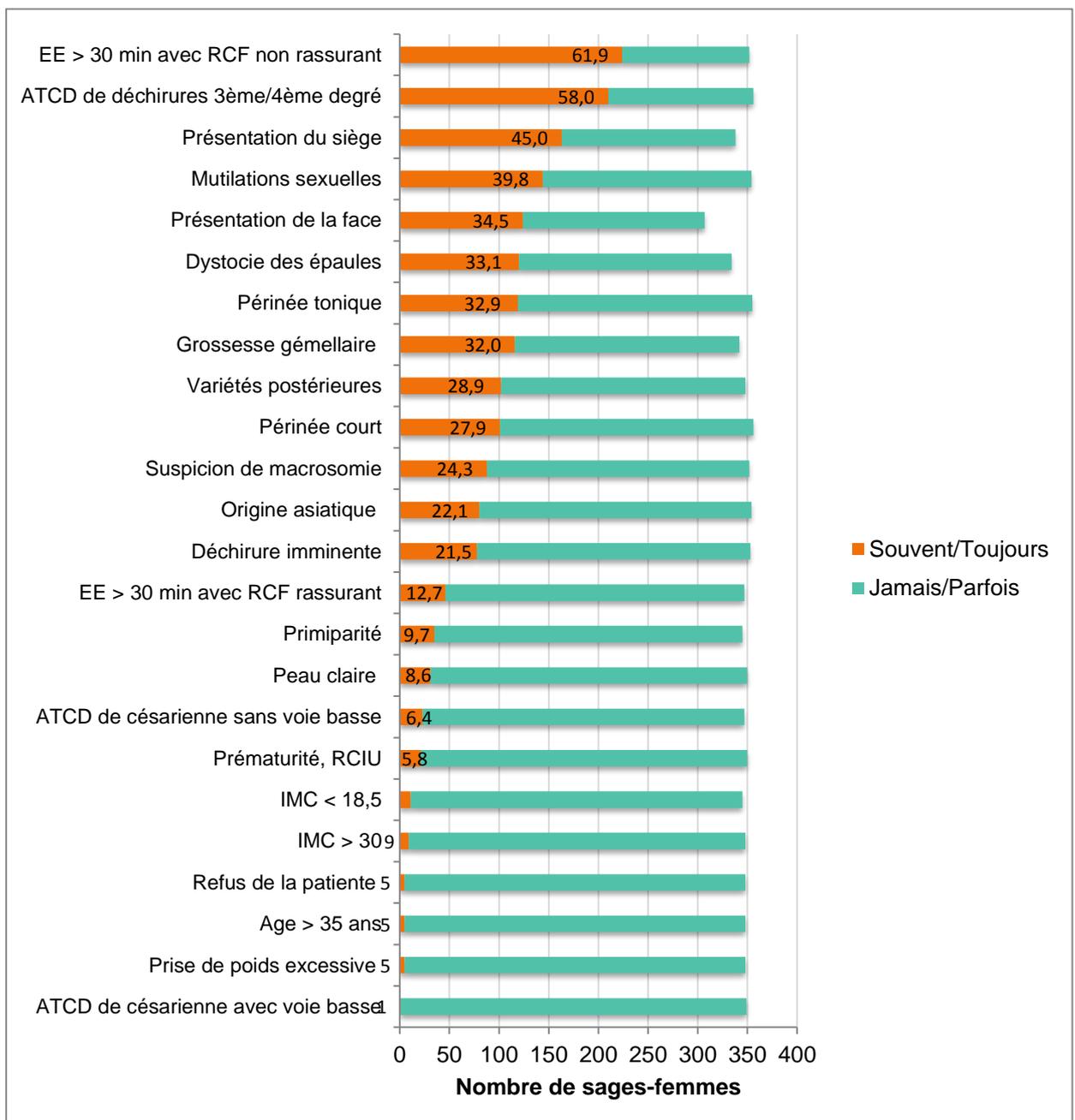
Sur l'échelle évaluant la place accordée à la protection du périnée par les sages-femmes au cours de l'accouchement (échelle de 0 à 10 ramenée à 11 pour pouvoir calculer des quartiles), 3,6% des sages-femmes (n = 13) ont répondu entre 0 et 2 ; 3,3% entre 3 et 5 (n = 12); 14,1% entre 6 et 8 (n = 51); et 79,0% entre 9 et 11 (n = 286).

Figure 1 : Taux individuels d'épisiotomie déclarés par les sages-femmes (n=362)



Nous avons souhaité connaître la fréquence d'épisiotomie que les sages-femmes estimaient réaliser lors de différentes situations obstétricales. Parce que nous avons considéré que les termes « Jamais » et « Toujours » étaient moins adaptés à la pratique clinique de l'épisiotomie et pour faciliter la lecture des résultats, nous avons regroupé les réponses « Jamais » et « Parfois », ainsi que « Souvent » et « Toujours » (Figure 2).

Figure 2 : Fréquence de réalisation d'une épisiotomie en fonction des situations obstétricales (n=362)

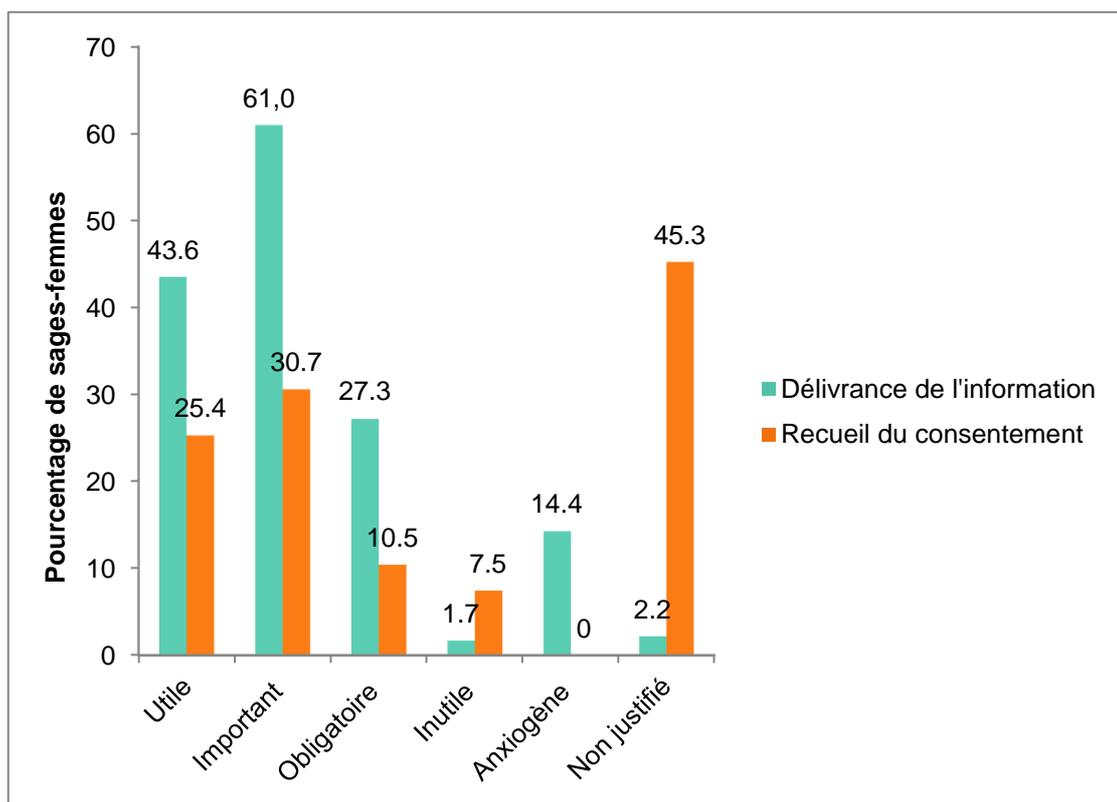


62,4 % des sages-femmes (n = 226) ont déclaré ne pas modifier leur pratique de l'épisiotomie en l'absence d'analgésie péridurale. 5,8% (n = 21) ont déclaré modifier leur pratique de l'épisiotomie en l'absence d'analgésie péridurale chez les primipares uniquement, 2,5% (n = 9) chez les multipares uniquement et 29,3% (n = 106) indifféremment chez les primipares et les multipares.

Les points de vue des sages-femmes concernant la délivrance aux femmes d'une information et le recueil du consentement relatifs à l'épisiotomie, sont présentés dans la figure 3.

Figure 3 : Points de vue des sages-femmes sur la délivrance de l'information et le recueil du consentement relatifs à l'épisiotomie (n=360)

Délivrance de l'information	Utile	Important	Obligatoire	Inutile	Anxiogène	Non justifié
Effectifs	158	221	99	6	52	8
Recueil du consentement	Utile	Important	Obligatoire	Inutile	Anxiogène	Non justifié
Effectifs	92	111	14	27	0	164



La répartition des sages-femmes dans le score « Intérêt porté à la protection du périnée » (score 2), était la suivante : 2,5% (n = 9) pour le premier quartile, 2,5% (n = 9) pour le second quartile, 19,6% (n = 71) pour le troisième quartile et 75,4% (n = 273) pour le quatrième quartile (Annexe 4).

3.6. Données sur l'analyse individuelle de la pratique de l'épisiotomie et des risques perçus par les sages-femmes

Les principaux facteurs pouvant conduire les sages-femmes (n = 362) à réaliser une épisiotomie étaient : la prévention des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degrés (pour 66,0% ; n = 239), les anomalies du rythme cardiaque fœtal (43,4% ; n = 157), un périnée tonique (9,4% ; n = 34), une réparation plus facile du périnée en cas d'épisiotomie (8,3%, n = 30), la prévention de l'incontinence et du prolapsus (6,9% ; n = 25) et les mutilations sexuelles (5,8% ; n = 21) (Annexe 5).

Les principaux facteurs conduisant les sages-femmes à ne pas réaliser d'épisiotomie étaient : une meilleure cicatrisation en cas de déchirure spontanée par rapport à une épisiotomie (pour 73,2% des sages-femmes, n = 265), une non protection du périnée par l'épisiotomie (62,4%, n = 226) et le caractère mutilant du geste (35,9%, n = 130) (Annexe 6).

78,2% des sages-femmes (n = 283) ont déclaré s'être déjà interrogées après la réalisation d'une épisiotomie. Les raisons de leur interrogation étaient pour 77,4% d'entre elles (n = 219), le souhait d'en réaliser le moins possible, pour 30,4% (n = 86) une indication mal posée, pour 29,3% (n = 83) une épisiotomie prolongée par une déchirure et pour 27,9% (n = 79) et un sentiment d'échec (Annexe 7).

42,3% des sages-femmes (n = 153) avaient déclaré avoir déjà regretté d'avoir réalisé une épisiotomie et 49,2% des sages-femmes (n = 178) avaient déclaré avoir déjà regretté de ne pas avoir réalisé une épisiotomie. Parmi elles, 20,7% (n = 75) avaient déclaré avoir regretté d'avoir réalisé ou de ne pas avoir réalisé une épisiotomie.

Parmi les sages-femmes qui avaient déclaré avoir regretté d'avoir fait une épisiotomie (n = 153), les principales raisons évoquées étaient le souhait d'en réaliser le moins possible pour 61,4% d'entre elles (n = 94), une indication mal posée pour 54,9% (n = 115) ; une pression de la part de l'équipe médicale ou du protocole de service pour 30,7 % (n = 44) ; un sentiment d'échec pour 29,4% (n = 43), et une déception de la femme ou des douleurs dans le post partum pour 9,8% (n = 15) (Annexe 8).

Parmi celles qui ont déclaré avoir regretté de ne pas avoir fait une épisiotomie (n = 178), les principales raisons évoquées étaient la difficulté de suture pour 43,8% (n = 78), la survenue d'un périnée complet pour 35,4% (n = 63) et les difficultés d'adaptation à la vie extra utérine après anomalies du RCF pour 9,0% (n = 16) (Annexe 9).

75,7% des sages-femmes (n = 274) ont déclaré que leur pratique de l'épisiotomie avait évolué au cours du temps. Les facteurs cités par les sages-femmes comme ayant influencé cette évolution étaient : l'expérience clinique de l'accouchement pour 97,1% (n = 266) d'entre elles, la lecture de la littérature scientifique ou des recommandations pour 31,4% (n = 86) et les discussions avec leurs collègues pour 30,7% (n = 84) (Annexe 10).

32,6% des sages-femmes (n = 118) ont par ailleurs affirmé que la lecture des recommandations avait eu une influence sur leur pratique individuelle de l'épisiotomie.

La répartition des sages-femmes dans le score 3 « Analyse individuelle des pratiques professionnelles », était la suivante : 16,7% (n = 60) pour le premier quartile, 5,2% (n = 19) pour le second quartile, 50,3% (n = 184) pour le troisième quartile et 27,3% (n = 99) pour le quatrième quartile (Annexe 11).

3.7. Données sur la pratique de l'épisiotomie dans la maternité d'exercice

La répartition des sages-femmes dans le score « Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » (score 4), était la suivante : 79,0% (n = 286) pour le premier quartile, 12,7% (n = 46) pour le second quartile, 6,1% (n = 22) pour le troisième quartile et 2,2% (n = 8) pour le quatrième quartile (Annexe 12).

3.8. Analyses des taux d'épisiotomie des sages-femmes

Les résultats de l'analyse des taux d'épisiotomie selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des sages-femmes, selon les caractéristiques des maternités où elles exercent, et selon les 4 scores (Formation continue et culture scientifique des sages-femmes, Intérêt porté à la protection du périnée, Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes, Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée) sont présentés ci-après.

Tableau 1 : Taux d'épisiotomies et caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des sages-femmes (n = 362)

	Taux d'épisiotomies								p
	≤ 5 n = 146 (%)		6- 10 n = 107 (%)		11- 20 n = 60 (%)		> 20 n = 49 (%)		
Age									0,028
≤25	38	(37,6)	34	(33,7)	15	(14,9)	14	(13,9)	
26-30	34	(39,5)	23	(26,7)	17	(19,8)	12	(14,0)	
31-39	27	(30,7)	16	(18,2)	30	(34,1)	15	(17,0)	
≥40	26	(29,9)	26	(29,9)	15	(17,2)	20	(23,0)	
Nombre d'années en SDN									0,006
< 5 ans	67	(39,4)	53	(31,2)	27	(15,9)	23	(13,5)	
5-9 ans	34	(29,3)	22	(19,0)	36	(31,0)	24	(20,7)	
10-14 ans	15	(33,3)	10	(22,2)	10	(22,2)	10	(22,2)	
> 15 ans	7	(24,1)	14	(48,3)	4	(13,8)	4	(13,8)	
Année d'obtention du diplôme									0,007
2010-2015	70	(37,8)	58	(31,4)	31	(16,8)	26	(14,1)	
2006-2009	29	(31,5)	15	(16,3)	31	(33,7)	17	(18,5)	
≤ 2005	26	(30,6)	26	(30,6)	15	(17,6)	18	(21,2)	
Lecture des RPC de l'épisiotomie									0,022
Oui	61	(39,9)	46	(30,1)	30	(19,6)	16	(10,5)	
Non	64	(30,6)	53	(25,4)	47	(22,5)	45	(21,5)	

Figure 4 : Moyenne des taux d'épisiotomie selon l'âge des sages-femmes, n=362 (%)

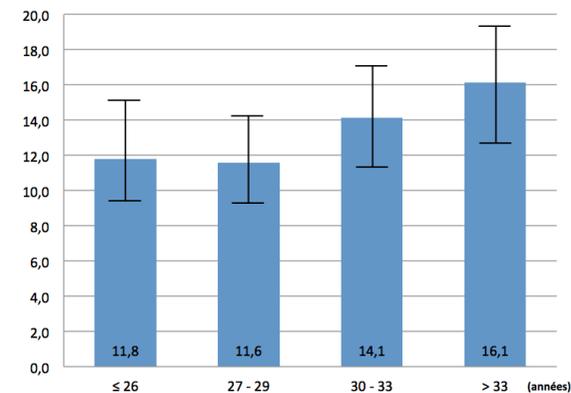


Figure 5 : Moyenne des taux d'épisiotomie et nombre d'années d'exercice en SDN, n=360 (%)

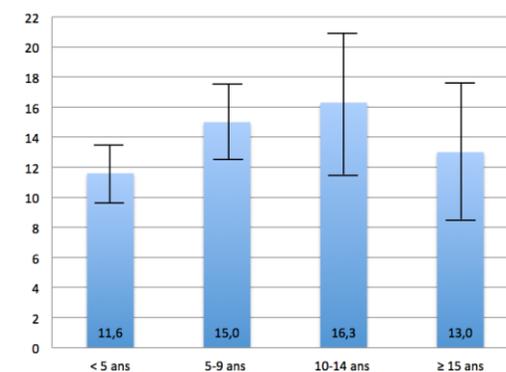


Figure 6 : Moyenne des taux d'épisiotomie et lecture des RPC n=362 (%), p=0,005

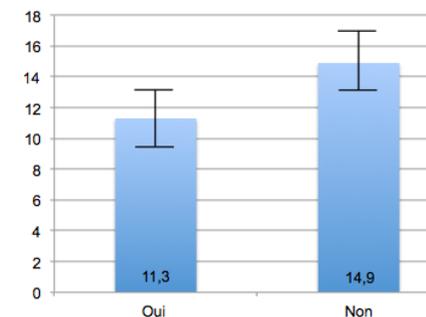


Tableau 2 : Taux d'épisiotomie et caractéristiques des maternités d'exercice des sages-femmes (n = 362)

	Taux d'épisiotomies								p
	≤ 5		60		110		≥ 20		
	n = 146 (%)	n = 107 (%)	n = 60 (%)	n = 49 (%)					
Statut de la maternité									<0,001
Public (CH, CHU, PSPH)	84 (28,3)	89 (30,0)	70 (23,6)	54 (18,2)					
Privé	26 (65,0)	6 (15,0)	4 (10,0)	4 (10,0)					
Type de la maternité									<0,001
1	36 (54,5)	21 (31,8)	7 (10,6)	2 (3,0)					
2A	12 (21,8)	18 (32,7)	11 (20,0)	14 (25,5)					
2B	15 (23,4)	19 (29,7)	17 (26,6)	13 (20,3)					
3	48 (29,3)	47 (28,7)	38 (23,2)	31 (18,9)					
Prise en charge peu médicalisée									0,001
Oui	58 (42,0)	45 (32,6)	20 (14,5)	15 (10,9)					
Non	64 (29,0)	54 (24,4)	57 (25,8)	46 (20,8)					
Mission universitaire de la maternité									<0,001
Oui	61 (25,3)	74 (30,7)	61 (25,3)	45 (18,7)					
Non	61 (51,7)	25 (21,2)	16 (13,6)	16 (13,6)					

Figure 7 : Moyenne des taux d'épisiotomie et mode d'exercice des sages-femmes, n=350 (%)

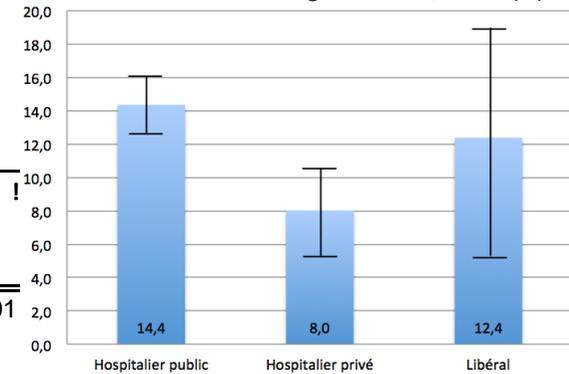


Figure 8 : Moyenne des taux d'épisiotomie et type de la maternité d'exercice, n=339 (%)

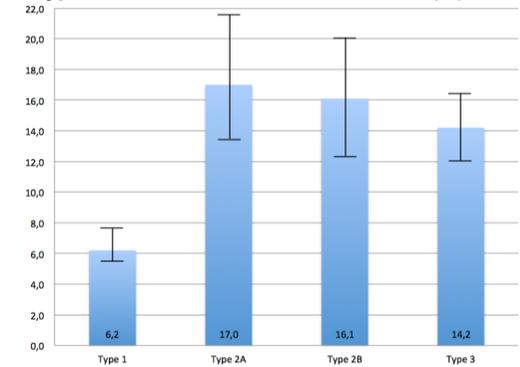


Figure 9 : Moyenne des taux d'épisiotomie et prise charge peu médicalisée, n=359 (%), p<0,001

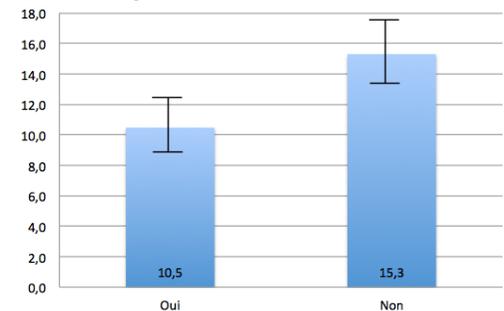
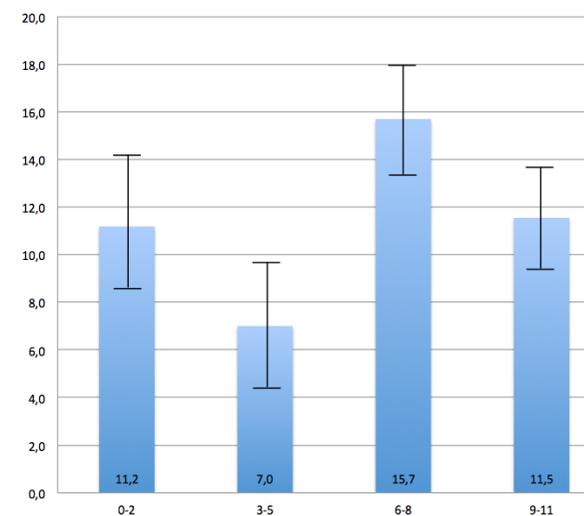


Tableau 3 : Taux d'épisiotomie et scores (formation continue et culture scientifique des sages-femmes, intérêt porté à la protection du périnée, analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes, culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée), (n = 362)

	Taux d'épisiotomies								p
	≤ 5		6-10		11-20		> 20		
	n = 146 (%)	n = 107 (%)	n = 60 (%)	n = 49 (%)					
Formation continue et culture scientifique des sages-femmes									0,947
0-2	18 (28,1)	19 (29,7)	16 (25,0)	11 (17,2)					
3-5	39 (35,1)	32 (28,8)	22 (19,8)	18 (16,2)					
6-8	45 (34,4)	36 (27,5)	29 (22,1)	21 (16,0)					
9-11	23 (41,8)	12 (21,8)	10 (18,2)	10 (18,2)					
Intérêt porté à la protection du périnée									0,554
0-8	29 (32,6)	21 (23,6)	20 (22,5)	19 (21,3)					
9-11	96 (35,2)	78 (28,6)	56 (20,5)	43 (15,8)					
Analyse individuelle des pratiques professionnelles									0,022
0-2	30 (51,7)	11 (19,0)	9 (15,5)	8 (13,8)					
3-5	10 (41,7)	7 (29,2)	4 (16,7)	3 (12,5)					
6-8	49 (27,1)	48 (26,5)	44 (24,3)	40 (22,1)					
9-11	36 (36,4)	33 (33,3)	20 (20,2)	10 (10,1)					
Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée									0,578
0-2	96 (33,6)	79 (27,6)	62 (21,7)	49 (17,1)					
3-5	18 (39,1)	11 (23,9)	12 (26,1)	5 (10,9)					
6-11	11 (36,7)	9 (30,0)	3 (10,0)	7 (23,3)					

Figure 10 : Moyenne des taux d'épisiotomie et score d'analyse individuelle des pratiques professionnelles des sages-femmes, n=362 (%)



4. DISCUSSION

4.1 Synthèse des principaux résultats

Les sages-femmes ont cité plusieurs facteurs comme influençant leur pratique de l'épisiotomie. Parmi les situations les amenant à avoir un recours plus fréquent à l'épisiotomie sont citées :

- la prévention de la morbidité néonatale : efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes et RCF non rassurant (61,9%), anomalies de RCF (43,4%), efforts et dystocie des épaules (33,1%).
- la prévention de la morbidité périnéale : prévention ou antécédents de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (66% et 58%), mutilations sexuelles (39,8%), et périnée tonique (32,9%).
- les indications relatives à la présentation fœtale : présentation du siège (45%), grossesse gémellaire (32,0%), ou encore variétés postérieures (28,2%). (Figure 2 et Annexe 5).

Parmi les situations les amenant à limiter leur recours à l'épisiotomie, les sages-femmes ont déclaré : une meilleure cicatrisation en cas de déchirure spontanée par rapport à une épisiotomie (pour 73,2% des sages-femmes), une non protection du périnée par l'épisiotomie (62,4%) et le caractère mutilant du geste (35,9%) (Annexe 6).

Des facteurs individuels ou professionnels sont associés aux différences des taux d'épisiotomie entre les sages-femmes : l'âge de la sage-femme ($p = 0,028$), l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,007$), le nombre d'années travaillées en salle de naissance ($p = 0,006$), la lecture des RPC ($p = 0,022$) et l'analyse individuelle de la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes (score 3 ; $p = 0,022$) (Tableau 1 et 2, Figures 4, 5, 6 et 10).

Enfin, il existe des facteurs locaux associés aux différences des taux d'épisiotomie : le statut de l'établissement ($p < 0,001$), le type de maternité ($p < 0,001$) et la présence d'un espace physiologique ou d'une prise en charge peu médicalisée de l'accouchement ($p = 0,001$) (Tableau 2, Figures 7, 8 et 9).

En revanche, nous n'avons pas montré de différence significative des taux d'épisiotomie selon les scores de « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » ($p = 0,947$), « Intérêt porté à la protection du périnée » ($p = 0,554$) et « Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » ($p = 0,578$) (Tableau 3).

Pour autant, même si la différence des taux d'épisiotomie selon le score « Intérêt porté à la protection du périnée » n'est pas significative, l'étude de la répartition des sages-femmes dans ce score a permis de mettre en évidence que celles-ci sont majoritairement préoccupées par le thème de la protection du périnée puisque 95,0 % des sages-femmes se situent dans le 3^{ème} et 4^{ème} quartiles dont 75,4% dans le dernier quartile (Annexe 4).

4.2 Validité des hypothèses

Notre première hypothèse était qu'il existe une différence de points de vue et d'attitudes parmi les sages-femmes vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie. Malgré un taux moyen d'épisiotomie bas, il existe des variations importantes des taux individuels (de moins de 1% à 70%) dans notre étude (Figure 1). Cette différence s'observe également dans les réponses concernant la place accordée à la protection du périnée au cours de l'accouchement puisque sur l'échelle proposée (de 0 à 11), 3,6% des sages-femmes ont répondu 2 ou moins ; 3,3% entre 3 et 5 ; 14,1% entre 6 et 8 ; et 79,0% 9 ou plus. D'autre part l'absence de consensus sur le rôle de l'épisiotomie dans la prévention de la morbidité périnéale semble être suggérée par des réponses divergentes quant au rôle de l'épisiotomie et aux raisons de sa réalisation ou de sa non réalisation dans notre étude. Pour autant, les réponses étaient parfois contradictoires : par exemple, 66,0% des sages-femmes ont déclaré que la

prévention des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré était un facteur qui pourrait les conduire à réaliser une épisiotomie et 62,4% ont déclaré que la non protection du périnée par l'épisiotomie était un facteur qui pourrait les conduire à éviter de réaliser une épisiotomie (Annexes 5 et 6). La première hypothèse est donc validée.

Notre deuxième hypothèse supposait l'existence de facteurs individuels ou locaux influençant les attitudes et points de vue des sages-femmes vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie. Nous avons retrouvé des facteurs individuels influençant la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes (âge : $p = 0,028$; année d'obtention du diplôme : $p = 0,007$; nombre d'années travaillées en salle de naissance : $p = 0,006$) (Tableau 1, Figures 4, 5 et 6). Nous avons également retrouvé des facteurs liés au mode d'exercice et à l'établissement d'exercice (statut de l'établissement : $p < 0,001$; type de maternité : $p < 0,001$; espace physiologique ou prise en charge peu médicalisée de l'accouchement : $p = 0,001$). La deuxième hypothèse est donc validée (Tableau 2, Figures 7, 8 et 9).

Notre troisième hypothèse était que la connaissance et l'adhésion aux recommandations ainsi qu'aux données de la littérature scientifique concernant la protection du périnée, la survenue de lésions périnéales et le recours à l'épisiotomie influencent la pratique individuelle des sages-femmes. La lecture des recommandations pour la pratique clinique est un facteur qui est significatif pour l'étude des différents taux d'épisiotomie chez les sages-femmes ($p = 0,022$) (Tableau 1). Paradoxalement, alors que les RPC de l'épisiotomie du CNGOF indiquent qu'il n'existe pas de situations obstétricales constituant une indication à la réalisation systématique d'épisiotomie [14], certaines caractéristiques individuelles ou obstétricales des femmes sont encore perçues par de nombreuses sages-femmes comme nécessitant « souvent ou toujours » la réalisation d'une épisiotomie. Par exemple : 58 % des sages-femmes ont déclaré réaliser une épisiotomie « souvent » ou « toujours » en cas d'antécédents de déchirures du 4^{ème} ou 3^{ème} degré, 45 % en cas de présentation du siège, et 39,5% en cas de mutilations sexuelles (Figure 2). En revanche, le test statistique de l'analyse des taux d'épisiotomie selon le score « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » (score1) n'était pas significatif ($p = 0,947$), ce

qui suggérerait que la formation continue et la lecture de la littérature scientifique n'ont pas d'influence sur la différence des taux d'épisiotomie parmi les sages-femmes (Tableau 3). La troisième hypothèse ne peut donc être validée ou rejetée.

Nous avons enfin émis l'hypothèse que les politiques de service avaient une influence sur la pratique individuelle des sages-femmes. Bien que nous ayons retrouvé des facteurs locaux influençant la pratique de l'épisiotomie par les sages-femmes, notamment le mode d'exercice et l'établissement d'exercice (statut de l'établissement : $p < 0,001$; type de maternité : $p < 0,001$; espace physiologique ou prise en charge peu médicalisée de l'accouchement : $p = 0,001$) (Tableau 2, Figures 7, 8 et 9), la culture du service concernant la protection du périnée ne semblait pas influencer cette pratique dans notre étude (score « culture du service » : $p = 0,578$) (Tableau 3). La quatrième hypothèse ne peut être validée ou rejetée.

4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Forces de l'étude

Nous avons construit notre questionnaire en nous appuyant sur la littérature disponible et en insérant les facteurs expliquant les différences entre praticiens dans les études de Klein et al., Wu et al., Edqvist et al. et de Chuilon et al. [31, 34, 29]. Nous avons souhaité approcher l'exhaustivité en recherchant à la fois des facteurs individuels, des facteurs obstétricaux et des facteurs locaux. Nous avons distribué ce questionnaire dans plusieurs maternités dans le but d'avoir suffisamment de sages-femmes avec des caractéristiques individuelles et professionnelles différentes, représentant au mieux la population cible des sages-femmes françaises. Nous avons recueilli 362 réponses ce qui donnait suffisamment de puissance à notre étude pour l'étude de nombreux facteurs. Par ailleurs, notre étude est originale car il n'existe pas à ce jour en France, d'études sur les points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de la protection du périnée et du recours à l'épisiotomie.

4.3.2 Limites et biais de l'étude

Le principal biais de notre étude est son caractère déclaratif, lié à la méthodologie de l'étude. Nous avons utilisé les taux d'épisiotomie déclarés par les sages-femmes pour nos analyses. Certaines sages-femmes connaissent leur taux personnel d'épisiotomie, grâce au système de codage ou à l'information transmise par les sages-femmes cadres, mais d'autres n'ont pu qu'estimer ce taux. Il y a donc des risques que ces taux soient sur ou sous évalués. Par ailleurs, les analyses statistiques ont été limitées par le logiciel biostaTGV ; ainsi par exemple, une analyse de la variance aurait-elle été intéressante pour l'analyse des taux d'épisiotomie selon plusieurs facteurs individuels ou obstétricaux.

Enfin les sages-femmes travaillant en maison de naissances, ainsi que les sages-femmes libérales ayant accès à un plateau technique ou réalisant des accouchements à domicile représentent un effectif faible dans notre étude. Nous n'avons donc pas pu étudier cette population spécifique et voir si les pratiques de l'épisiotomie étaient différentes dans ce groupe.

4.4 Discussion des principaux résultats

4.4.1 Caractéristiques individuelles et caractéristiques de l'environnement professionnel des sages-femmes.

La population de sages-femmes de l'étude est une population jeune avec un âge moyen de 31,2 ans. Il aurait été intéressant de connaître l'âge moyen des sages-femmes exerçant en salle de naissance en France pour vérifier la représentativité de notre population.

L'effectif de sages-femmes formées dans un autre pays que la France est trop faible pour conclure à une différence ou non des attitudes ou des points de vue des sages-femmes vis à vis de la protection du périnée et de la pratique de l'épisiotomie liée au pays de formation.

48,3% des sages-femmes de notre étude exercent en type III. Il aurait été intéressant de connaître la répartition des sages-femmes exerçant en salle de naissance selon les types de la maternité en Ile-de-France afin de pouvoir confronter cette répartition à celle de notre étude et pouvoir ainsi vérifier la représentativité de notre population. De plus, les réponses obtenues au questionnaire étant conditionnées par le volontariat, nous ne pouvons écarter un impact du type de maternité sur le taux de participation si nous faisons l'hypothèse d'une plus forte implication des sages-femmes exerçant en établissement universitaire dans les travaux des étudiants.

Dans notre étude, il apparaît que 30,7% des sages-femmes déclarent lire la littérature scientifique sur la protection du périnée ou l'épisiotomie et 42,3% les RPC de l'épisiotomie. Il aurait été intéressant de confronter nos résultats avec les données de la littérature. Nous n'avons pas retrouvé d'étude ayant évalué le pourcentage de sages-femmes lisant la littérature scientifique.

41,7% des sages-femmes de notre étude connaissent, à 5% près, le taux global d'épisiotomie en France en 2010. Il aurait été intéressant, de rechercher une association entre la lecture des RPC et la connaissance du taux global d'épisiotomie.

4.4.2 Etude des taux d'épisiotomie des sages-femmes

4.4.2.1 Différences des taux d'épisiotomie entre les sages-femmes

Dans notre étude, la moyenne des taux d'épisiotomie déclarés par les sages-femmes est basse (13,4%) (Figure 1). D'après la dernière Enquête Nationale Périnatale, le taux global d'épisiotomie en France en 2010 était de 26,8 % [25]. Ce taux était calculé à partir de l'ensemble des accouchements réalisés par voie basse, y compris les accouchements avec extraction instrumentale. Il n'y avait pas par ailleurs de données concernant les taux selon le praticien (sages-femmes ou obstétricien). Dans une étude en prépublication, Chuilon et al. ont estimé les taux d'épisiotomie chez les sages-femmes à 32,8% chez les primipares et à 10,8% chez les multipares à partir

des données de l'ENP de 2010, soit un taux global de 12,9% d'épisiotomies réalisées par les sages-femmes dans cette étude [29]. Ce taux est en accord avec celui de notre étude. Bien que notre population soit constituée de sages-femmes de 20 établissements d'Ile de France et de quelques sages-femmes libérales réalisant des accouchements en plateau technique ou à domicile, il semblerait que notre population de sages-femmes soit finalement assez représentative de l'ensemble des sages-femmes réalisant des accouchements en France.

Malgré un taux d'épisiotomie en accord avec les RPC de 2005, notre étude fait état d'une grande variabilité des taux d'épisiotomie entre les sages-femmes puisque les 5^{ème} et 95^{ème} percentiles ont pour valeurs respectives 0,0 et 40,8%, avec des valeurs extrêmes de moins de 1 % et 70% (Figure 1). Une grande variabilité des pratiques obstétricales, et en particulier de l'épisiotomie, entre les maternités est retrouvée dans d'autres études. Ainsi en 2015 Friedman et al. publiaient une étude rétrospective réalisée dans 500 hôpitaux américains entre 2006 et 2012 [38]. Les auteurs rapportaient d'importantes variations des taux d'épisiotomie entre maternités non liées aux caractéristiques démographiques obstétricales et hospitalières ; ils concluaient à l'existence de facteurs non médicaux liés aux praticiens. La même année, Cromi et al. publiaient une étude prospective réalisée chez les primipares ayant accouché dans une maternité italienne de type 3 [39]. Les auteurs montraient des différences importantes entre les sages-femmes avec des taux d'épisiotomie allant de 5,6% à 73,9% ($p < 0.001$). Une enquête par questionnaire réalisée auprès de gynécologues obstétriciens et de sages-femmes dans 4 maternités du nord d'Israël avait mis en évidence de grandes variations individuelles des taux d'épisiotomie parmi les praticiens [40]. Bien que ces études aient été réalisées dans des pays où les pratiques obstétricales sont différentes des pratiques françaises, elles ont en commun de mettre en évidence une variabilité des taux d'épisiotomie liée au praticien lui-même.

4.4.2.2 Taux d'épisiotomie et caractéristiques individuelles et professionnelles des sages-femmes

Des facteurs individuels sont significatifs pour l'étude des différences de taux d'épisiotomie dans notre étude : l'âge des sages-femmes ($p = 0,028$), l'année d'obtention du diplôme ($p = 0,007$) et le nombre d'années en salle de naissance ($p = 0,006$) (Tableau 1, Figures 7, 8 et 9). Wu et al. ont réalisé en 2013 à Singapour une enquête au moyen de 3 focus groupes de 20 sages-femmes âgées de 28 à 70 ans [30]. Les auteurs retrouvaient déjà ces mêmes motifs évoqués par les sages-femmes pour réaliser une épisiotomie : la primiparité, le périnée, la longueur de l'expulsion et les ARCF. Ils retrouvaient également une association avec la formation initiale des sages-femmes, ce que notre étude n'a pas pu mettre en évidence. Le score de connaissances et de formation continue n'était pas significativement associé à une différence des taux d'épisiotomie dans notre étude ($p = 0,947$) (Tableau 3). Nous pouvons émettre deux hypothèses : soit un défaut de construction du score ne permettant pas la mise en évidence d'une association, soit le fait que dans notre population, la formation continue et les connaissances scientifiques n'influençaient pas la pratique de l'épisiotomie chez les sages-femmes. La peur de mal faire et l'attente de l'obstétricien perçue par la sage-femme, étaient également des motifs d'épisiotomie évoqués dans l'étude de Wu et al. [30]. Cependant, le score « Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » n'était significativement pas associé à la différence des taux d'épisiotomie ($p = 0,578$) (Tableau 3). Ici aussi nous pouvons émettre deux hypothèses : soit un défaut de construction du score, soit le fait que dans notre population, la culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée n'influençait pas la pratique de l'épisiotomie chez les sages-femmes.

Nous avons retrouvé des facteurs liés à l'établissement d'exercice influençant la pratique de l'épisiotomie chez les sages-femmes. Ces facteurs étaient le statut de l'établissement ($p < 0,001$), le type de maternité ($p < 0,001$) et la présence d'un espace physiologique ou d'une prise en charge peu médicalisée de l'accouchement ($p = 0,001$) (Tableau 2, Figures 7,8 et 9). Dans l'étude de Chuilon et al., le type, le statut et la taille de la maternité n'étaient plus significatifs après ajustement sur les différentes caractéristiques des femmes et des maternités [29].

Une étude récente sous forme d'enquête par questionnaire auprès de sages-femmes néerlandaises a exploré l'influence de la perception du risque et des politiques de service sur la gestion du travail des femmes à bas risque [41]. Cette étude mettait en évidence de grandes variations des pratiques parmi les sages-femmes non expliquées par les seules caractéristiques individuelles et obstétricales des femmes. Dans cette étude, l'âge et les années d'expérience des sages-femmes n'étaient pas associés avec les différences de pratiques entre les sages-femmes, contrairement à notre étude. Les auteurs n'avaient pas non plus retrouvé d'influence des politiques de services sur la pratique individuelle des sages-femmes, à l'instar de notre étude. Mais cette étude se limitait à la population des femmes à bas risque et nous pourrions émettre l'hypothèse que l'épisiotomie est plus souvent pratiquée en cas de situation potentiellement dystocique (suspicion de macrosomie, présentation du siège, etc...)

4.4.2.3 Taux d'épisiotomie, recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie et risques perçus par les sages-femmes

Plus de 76% des sages-femmes déclarent un taux d'épisiotomie en accord avec les recommandations pour la pratique clinique (< 30%) et seulement 13,5% des sages-femmes (n = 49) déclarent un taux d'épisiotomie supérieur ou égal à 30% (Figure 1). Par ailleurs, les sages-femmes qui ont déclaré ne pas avoir lu les RPC de l'épisiotomie ont un taux individuel d'épisiotomie significativement plus élevé que celle ayant déclaré avoir lu les RPC (14,9% versus 11,3% ; p = 0,005) (Figure 6). Enfin, la répartition des sages-femmes dans le score « Formation continue et culture scientifique » suggère que seule la moitié des sages-femmes est concernée par la formation continue et la lecture de la littérature scientifique (48,4% des sages-femmes se situent dans les deux premiers quartiles et 51,6% des sages-femmes dans les deux derniers quartiles ; Annexe 3). Dans une étude de 2010, Chalmers et al. suggéraient que les pratiques cliniques ne sont pas toujours fondées sur les données de l'Evidence Based Medicine, mais influencées par de multiples autres facteurs qui restent à identifier [27]. Les sages-femmes qui réalisent plus de 30% d'épisiotomies pourraient donc être celles qui lisent et adhèrent le moins aux RPC.

Certaines situations obstétricales semblent amener les sages-femmes à avoir un recours plus fréquent à l'épisiotomie. Les principaux facteurs cités étaient : la prévention de la morbidité néonatale (anomalies de RCF (43,4%), efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes (61,9%) et dystocie des épaules (33,1%)), la prévention de la morbidité périnéale (prévention ou antécédents de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (66% et 58%), mutilations sexuelles (39,8%), et périnée tonique (32,9%)), les indications relatives à la présentation (siège (45%), grossesse gémellaire (32,0%), variétés postérieures (28,2%)) (Figure 2 et Annexe 5). Dans l'étude de Chuilon et al., certaines caractéristiques individuelles et obstétricales des femmes étaient associées à des risques d'épisiotomie augmentés, par exemple : l'origine asiatique des femmes (primipares : RRa = 1,32 [1,16-1,51] ; multipares : RRa = 2,30 [1,67-3,16]) ou la présentation du siège (primipares : RRa = 2,14 [1,87-2,21] ; multipares : RRa = 3,32 [2,52-4,38]) [29].

Dans les RPC de 2005, beaucoup de ces situations ne constituent pas des indications au recours systématique à l'épisiotomie [14]. Ainsi en est-il des anomalies du RCF. D'après les RPC, l'épisiotomie libérale n'améliore pas l'état néonatal par rapport à l'épisiotomie sélective dans la population générale des fœtus (grade C). Dans notre étude, 61,9% des sages-femmes ont indiqué réaliser « souvent ou toujours » une épisiotomie en cas d'efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes avec RCF non rassurant (Figure 2) et 43,4% ont indiqué que les anomalies du RCF était un facteur qui pourrait les conduire à la réalisation d'une épisiotomie (Annexe 5). Le GNGOF émet un avis d'expert et affirme que devant un tracé d'expulsion non rassurant, l'épisiotomie pour réduire le temps d'expulsion est une indication à retenir. Dans une étude un peu ancienne menée dans 101 maternités tirées au sort au Royaume Uni parmi les 40 premières primipares consécutives ayant accouché entre février 1993 et janvier 1994 dans chacune des maternités, Williams FL et al. mettaient en évidence que la principale indication pour réaliser une épisiotomie était le risque d'asphyxie per natale (27%) [42]. Une autre indication évoquée dans cette étude était la déchirure imminente du périnée (25%). Celle-ci constituait également et dans les mêmes proportions, une indication fréquemment citée dans notre étude (21,5% des sages-femmes avaient déclaré avoir « souvent ou toujours » recours à l'épisiotomie en cas de déchirure imminente du périnée) (Figure 2).

Dans notre étude, la suspicion de macrosomie et la dystocie des épaules représentaient des indications d'épisiotomie pour respectivement 24,3% et 33,1% des sages-femmes, les amenant à réaliser « souvent ou toujours » une épisiotomie (Figure 2). Les RPC indiquent pourtant qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander la pratique ou non de l'épisiotomie en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (grade C) [14].

Il existe peu de données dans la littérature concernant la nécessité de réaliser une épisiotomie en cas de présentation de la face ou de présentation du siège. Dans ces situations potentiellement dystociques aucune preuve ne permet d'indiquer systématiquement l'épisiotomie [14]. Il n'y a donc pas d'argument en faveur d'une systématisation de l'épisiotomie (avis d'expert), ces deux variétés de présentation ne devraient donc pas être retenues par les sages-femmes comme situations pouvant les amener à réaliser « souvent ou toujours » une épisiotomie, comme retrouvé dans notre étude pour respectivement 34,3% et 45,0% des sages-femmes (Figure 2).

A l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données montrant que la primiparité à elle seule est une indication d'épisiotomie systématique (grade B, études NP2) [14] même si la primiparité est associée à une morbidité périnéale augmentée [43]. Bien qu'elle ne mentionnait que les gynécologues obstétriciens, une étude de Robinson et al. sur les facteurs associés à l'utilisation de l'épisiotomie chez 1 576 primipares avait montré que le facteur prédictif le plus puissant était le praticien lui-même, alors que la durée d'expulsion prolongée, la macrosomie suspectée et l'anesthésie péridurale étaient respectivement des facteurs prédictifs peu significatifs [44]. Dans notre étude ce facteur est peu retrouvé : seulement 9,7% des sages-femmes ont déclaré réaliser « souvent » et « toujours » une épisiotomie en cas de primiparité (Figure 2).

L'étude de Chuilon et al. avait mis en évidence une différence significative des taux d'épisiotomies en cas d'analgésie péridurale chez les primipares, alors qu'il n'y avait pas de différence chez les multipares [29]. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé cette différence entre les primipares et les multipares vis à vis du recours à l'épisiotomie par les sages-femmes en cas d'analgésie péridurale. En effet 5,8% des

sages-femmes ont déclaré que l'absence d'analgésie péridurale modifiait leur pratique de l'épisiotomie chez la primipare, 2,5% chez la multipare et 29,3% chez toutes les femmes.

58% des sages-femmes ont répondu qu'elles réalisaient « souvent ou toujours » une épisiotomie en cas d'antécédents de lésions périnéales sévères (Figure 2). Cependant, le groupe d'experts du GNGOF affirme que le taux important de récurrences en cas d'antécédent de lésions périnéales sévères amène à discuter la voie d'accouchement et que l'épisiotomie ne protège pas de ce risque de récurrence (grade B) [14].

Enfin, il n'existe pas de données permettant d'indiquer ou de contre-indiquer une épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint de RCIU [14]. Les réponses des sages-femmes suggèrent que leurs pratiques seraient en accord avec cette recommandation puisque 5,8% des sages-femmes ont déclaré réaliser « souvent ou toujours » une épisiotomie dans ces situations (Figure 2).

D'après le CNGOF, une seule indication de l'épisiotomie pourrait être retenue : le périnée « à risque » par une distance fourchette-centre de l'anus < 3 cm (Grade B) [14]. Dans notre étude, seulement 27,9% des sages-femmes ont répondu qu'elles réalisaient « souvent ou toujours » une épisiotomie dans cette situation (Figure 2).

L'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, un IMC supérieur à 25 et un antécédent de césarienne sans voie basse antérieure sont des facteurs retrouvés dans l'étude de Chuilon et al. [29]. Cependant notre questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence ces facteurs. Chuilon et al. avaient également mis en évidence un risque augmenté d'épisiotomie chez les femmes d'origine asiatique. Dans leur étude de 2013, Wu et al. retrouvaient également une association entre l'origine asiatique de la femme et la réalisation d'une épisiotomie par les sages-femmes [45]. Dans notre étude 21,2% des sages-femmes ont déclaré réaliser « souvent ou toujours » une épisiotomie en cas d'origine asiatique (Figure 2). L'origine ethnique des femmes n'est pas une indication discutée dans les RPC de l'épisiotomie [14].

Pour aller dans le sens d'une pratique de l'épisiotomie peu en accord avec les RPC, nous avons mis en évidence, comme cela a déjà été mentionné plus haut, que les taux individuels d'épisiotomie étaient significativement plus élevés chez les sages-femmes qui n'avaient pas lu les recommandations pour la pratique clinique ($p = 0,005$) (Figure 6). Une étude israélienne réalisée entre 2001 et 2003, avait analysé l'impact d'une intervention sur les pratiques de l'épisiotomie, dans le but d'étudier les attitudes et points de vue des praticiens (obstétriciens et sages-femmes) [33]. Les auteurs montraient une diminution des taux d'épisiotomie après l'intervention et concluaient que les différences entre praticiens pourraient être liées aux points de vue des praticiens et également à leur formation continue. La connaissance des RPC s'inscrivant dans le cadre de la formation continue (DPC), nous pouvons suggérer que nos résultats sont en accord avec les conclusions de cette étude.

4.4.2.4 Les différences entre sages-femmes, reflet possible de décisions personnelles non influencées par les facteurs collectifs

Les résultats des analyses des taux d'épisiotomie selon les différents scores sont en faveur d'une prise de décision très personnelle puisque les scores « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » et « Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » ne sont pas significatifs ($p = 0,947$ et $p = 0,578$ respectivement) (Tableau 3). Cela tendrait à suggérer que tout ce qui se rapporte au « collectif » (en particulier le service) influencerait très peu les décisions individuelles des sages-femmes. Dans ce sens également, l'étude de Offerhaus et al. suggérerait que les politiques de service n'influencent pas les pratiques individuelles des sages-femmes [41]. De plus dans notre étude, les raisons d'éviter une épisiotomie évoquées par les sages-femmes sont aussi celles associées à la demande des patientes et à la satisfaction professionnelle des sages-femmes (réputation, perception individuelle d'être une bonne praticienne) (Annexes 6, 7 et 8). Cela pourrait également aller dans le sens d'une pratique très personnelle de l'épisiotomie par les sages-femmes.

Quelques facteurs locaux sont cependant significatifs pour l'étude des différences de taux d'épisiotomie dans notre étude (par exemple une prise en charge peu médicalisée de la naissance dans la maternité : $p = 0,001$) (Tableau 2). En 2010, Ekman et al., évaluant une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du CNGOF, montraient que le taux d'épisiotomie d'une maternité pouvait être influencé par la politique très restrictive du service [46]. On pourrait suggérer, à la lecture de cette étude, que le chef de service a peut-être une influence importante sur les praticiens dans sa maternité ; cela n'a pas été rapporté dans notre étude.

Toutefois, il faut rester prudent quant aux potentielles conclusions suggérées par les résultats dans notre étude, en raison de son design et de la méthodologie par auto-questionnaire. Nous pouvons également évoquer les limites de la pertinence et de la fiabilité de la construction de nos scores, pertinence et fiabilité que nous n'avons pas évaluées.

4.4.2.5 Episiotomie, information et consentement

La majorité des sages-femmes de notre étude a déclaré que la délivrance d'information relative à l'épisiotomie était importante (61,0 %), utile (43,6 %) et obligatoire (27,3 %) (Figure 3). La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur son état de santé (Art. L. 1111-2. Al. 1 du Code de la santé publique) [47]. Selon les recommandations pour la pratique clinique de 2012 de l'HAS, l'information est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne [48]. Le rôle de la sage-femme est de délivrer l'information afin de favoriser la participation active de la femme et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 [47]. Cette information incombe à toute sage-femme dans le cadre de ses compétences et dans le respect du code de déontologie. L'information relative à l'épisiotomie devrait porter sur : sa nature, son utilité, son urgence éventuelle, ses conséquences et les risques potentiels qu'elle comporte ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus de la part de

la femme de la réalisation d'une épisiotomie [47]. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité pourraient être des moments privilégiés pour délivrer l'information sur l'épisiotomie [49]. Cette information pourrait aussi être brièvement rappelée en salle de naissance par le praticien qui accueille la parturiente et qui l'accompagne pour son accouchement, afin de rechercher le consentement libre et éclairé de la femme.

Près de la moitié des sages-femmes de notre étude ont déclaré que le recueil du consentement de la femme concernant la réalisation d'une épisiotomie était non justifié. Cependant, dans le cadre des dispositions de l'article L. 1111-4 de la loi du 4 Mars 2002, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment [47].

5. CONCLUSION

Bien qu'ils varient significativement entre les sages-femmes, les taux d'épisiotomie déclarés dans cette enquête sont pour la plupart bien en dessous du seuil de 30% des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie du CNGOF. La perception individuelle des risques par les sages-femmes pourrait influencer leurs points de vue et leur pratique de l'épisiotomie. Les points de vue et la pratique de l'épisiotomie semblent donc très personnels et peu influencés par les services dans lesquels exercent les sages-femmes.

Cette étude met en évidence la nécessité pour les sages-femmes d'interroger régulièrement leurs pratiques de l'épisiotomie et de la protection du périnée. L'analyse régulière des pratiques s'adresse nécessairement à l'ensemble des activités du champ de compétences des sages-femmes.

L'enquête fait ressortir également des différences de points de vue parmi les sages-femmes vis à vis de l'information donnée aux femmes sur l'épisiotomie. Les sages-femmes sont tenues de délivrer une information loyale sur tous les actes qu'elles pratiquent. Elles sont également tenues, autant que possible et en dehors des

situations d'urgence, de recueillir le consentement des femmes, quel que soit le geste médical ou chirurgical qu'elles réalisent, y compris l'épisiotomie. Les sages-femmes se doivent dans la mesure du possible de respecter les projets et les demandes des femmes ou des couples.

Ce travail peut être vu comme une première étape de l'étude des pratiques de l'épisiotomie en France et pourrait être poursuivi par une étude qualitative qui permettrait de mieux comprendre les mécanismes des points de vue des sages-femmes, ou par une étude parmi l'ensemble des praticiens (obstétriciens et sages-femmes). Il serait également intéressant d'étudier les points de vue des femmes et l'influence qu'elles peuvent avoir sur les sages-femmes pour la pratique de l'épisiotomie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BERTHET, J. Déchirures et incisions des voies génitales basses. In : SCHAAL JP, RIEETHMULLER D, MAILLET R, (4^{ème} éd) *Mécanique et Techniques obstétricales*. Montpellier : Sauramps Médical, 2012, 922p.
- [2] JACQUETIN B., L'épisiotomie, Introduction, Recommandations pour la pratique clinique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*.2006 ;35 (suppl. au n°1) :AS7-1S9.
- [3] HARRIE J. *Practical directions showing a method of preserving the perineum in childbirth*. London: Wilson D. Nicol G; 1767.
- [4] WOOLEY R.J. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1995 Nov;50(11):806–20.
- [5] CARROLI G., BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth *Cochrane Database Systematic Reviews* 2000; 2: CD000081.
- [6] OULD F. *A Treatise on Midwifery*. In three parts. Dublin: Nelson and Connor; 1742, p.145
- [7] DAHLEN H. G., HOMER C. S. E., LEAP N., et TRACY S. K., From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth, *Women and Birth the Journal of Australian College of Midwives*, vol. 24, no 3, p. 105 111, sept. 2011.
- [8] POMEROY R.H. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipare? *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 1918;78:211.
- [9] THAKER S.B., BANTA H.D. Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language literature, 1860-1980, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1983 Jun ; 38(6) : 322-33
- [10] HARRISON R.F., BRENNAN M., NORTH P.M., REED J.V., WICKHAM E.A. Is routine episiotomy necessary? *British Medical Journal*,1984;288:1971—5.
- [11] SLEEP J., GRANT A., GARCIA J., ELBOURNE D., SPENCER J., SHALMER I. West Berkshire perineal management trial. *British Medical Journal*,1984; 289: 587-90.
- [12] CARROLI G., MIGNINI L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2009 ; 1:CD000081.

[13] DE TAYRAC R., PANEL L., MASSON G., MARES P. Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales, Recommandations pour la pratique clinique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, 35 (suppl. au n°1) : 1S24-1S31.

[14] RIETHMULLER D., COURTOIS L., MAILLET R. Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006Fev;35(S1):32–9.

[16] HOUSE M.J., CARIO G., JONES M.H. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986; 7: 107-10.

[17] KLEIN M.C., GAUTHIER R.J., JORGENSEN S.H., ROBBINS J.M., KACZOROWSKI J., JOHNSON B. et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online Journal of Current Clinical Trials* 1992, Doc No 10.

[18] Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-8.

[19] ELTORKEY M.M., NUAIM M.A. Episiotomy, elective or selective: a report of a random allocation trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994;14: 317-20.

[20] DANNECKER C., HILLEMANN P., STRAUSS A., HASBARGEN U., HEPP H., ANTHUBER C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004; 83: 364-8.

[21] Collège National des Gynécologue Obstétriciens Français, L'épisiotomie, recommandations pour la pratique clinique. (Paris) déc. 2005. Disponible sur <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC+COLLEGE>

[22] GRAHAM I.D., CARROLI G., DAVIES C., MEDVES J.M. Episiotomy Rates Around the World: An Update *Birth*. 2005 Sep;32(3):219-23.

[23] Euro-Peristat, The European Perinatal Health Report 2010

[24] BLONDEL B., ZEITLIN J. La santé périnatale en France: une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2013 ; 42, 609—612

[25] BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2012 ; 41 151–166.

[26] BLONDEL B., LELONG N., KERMARREC M., GOFFINET F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2012;41:15166.

[27] CHALMERS B., KACZOROWSKI J.; O'BRIEN B.; ROYLE C. Rates of Interventions in Labor and Birth across Canada: Findings of the Canadian Maternity Experiences Survey, *Birth*. 2012 Sep;39(3):203-10.

[28] MANGIN M., RAMANAH R., AOUAR Z., COURTOIS L., COLLIN A., COSSA S., MARTIN A., MAILLET R., RIETHMULLER R. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France: résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2010, 39, 121—132

[29] CHUILON A. L., LE RAY C., PRUNET C., BLONDEL B. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.10.005>

[30] WU L. C., LIE D., MALHOTRA R., ALLEN Jr J. C., TAY J. S. L., TAN T. C., et OSTBYE T. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies ? A focus group study, *Midwifery*, vol. 29, no 8, p. 943 949, août 2013.

[31] KLEIN M. C., KACZOROWSKI J., ROBBINS J. M., GAUTHIER R. J., JORGENSEN S. H., et JOSHI A. K. Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care, *Canadian Medical Association Journal*, 1995, vol. 153, no 6, p. 769 779.

[32] REIME B, KLEIN M.C., KELLY A., et DUXBURY N. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth?, *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, Vol. 111, pp. 1388–1393.

[33] LÖWENSTEIN L., DRUGAN A., GONEN R., ITSKOVITZ-ELDOR I., BARDICEF M., et JAKOBI P. Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*., 2005, vol. 123, no 2, p. 179- 182.

[34] EDQVIST M., LINDGREN H., LUNDGREN I. « Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers an obstetric anal sphincter injury - a phenomenological study », *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014, 3;14:258.

[35] FLODGREN G., PARMELLI E., DOUMIT G., GATTELLARI M., O'BRIEN M. A., GRIMSHAW J., et ECCLES M. P. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2011, n°8, p. CD000125.

[36] BLONDEL B., ALEXANDER S., I BJARNADOTTIR R., GISSLER M., Jens LANGHOFF ROOS J., NOVAK-ANTOLIC Z., PRUNET C., ZHANG W-H., Ashna D HINDORI-MOHANGOO A., ZEITLINA J., and the EURO-PERISTAT Scientific Committee. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Mars 2016.

[37] CHAVANCE M., MANFREDI R. Modélisation d'observations incomplètes *Revue d'Epidemiol et de Santé Publique*. 2000 Aug;48(4):389-400.

[38] FRIEDMAN A.M., ANANTH C.V. PRENDERGAST E., D'ALTON M.E., WRIGHT J.D. Variation in and Factors Associated With Use of Episiotomy *Journal of American Medical Association*. 2015;313(2):197-199.

[39] CROMI A., BRONZINI M., UCCELLA S., SERATI M., BOGNATI G., POZZO N., GHEZZI F. Provider contribution to an episiotomy risk model. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medecine*. 2015;28(18):2201-6.

[40] SAGI-DAIN L., SAGI S. Indications for episiotomy performance - a cross-sectional survey and review of the literature. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2016 Apr;36(3):361-5.

[41] OFFERHAUS P.M., OTTEN W., BOXEM-TIEMESSEN J.C.G.; DE JONGE A.; VAN DER PAL-DE BRUIN K.M., SCHEEPERS, P.L.H.; LAGRO-JANSSEN, A.L.M. Variation in intrapartum referral rates in primary midwifery care in the Netherlands: A discrete choice experiment *Midwifery*. 2015 Apr;31(4):e69-78.

[42] WILLIAMS F.L., DU V FLOREY C., MIRES G.J, OGSTON S.A. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae. *Journal of Public Health Medecine*. 1998 Dec;20(4):422-427

[43] REVICKY V, VLADIMIR; NIRMAL, D.; MUKHOPADHYAY, S.; MORRIS, EDWARD P.; NIETO, JOSE J. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal

sphincter injury? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2010 Jun;150(2):142-6.).

[44] ROBINSON J.N., NORWITZ E.R., COHEN A.P., LIEBERMAN E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery, *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 96: 214-8.

[45] WU L.C., MALHOTRA R., ALLEN J.C. JR, LIE D., TAN T.C., OSTBYE T. Risk factors and midwife reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2013 Dec;288(6):1249–56.

[46] ECKMAN A., RAMANAH R., GANNARD E., CLEMENT M.C., COLLET G., COURTOIS L., et al. Evaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2010 ; 39 :37-42.

[47] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Code de la Santé publique (disponible sur legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo#JORFSCTA000000905073>).

[48] HAS, Recommandations pour les professionnels de santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux, 2012 ; p.18

[49] HAS, Recommandations pour les professionnels de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005 ; p.56

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Paris, le 9 Septembre 2015

Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je me permets de solliciter votre contribution afin d'étudier les attitudes et points de vue des sages-femmes vis à vis de l'épisiotomie.

Une étude récente à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 montre une variabilité importante des taux d'épisiotomies entre les régions et entre les maternités en France. Les caractéristiques des femmes, des nouveau-nés ainsi que celles des maternités expliquent très peu ces différences.

En l'absence de consensus sur le rôle de l'épisiotomie et en raison du peu d'études traitant des facteurs pouvant influencer les attitudes et points de vue des praticiens, il m'a semblé intéressant d'étudier ces facteurs parmi les sages-femmes en France.

Un **questionnaire anonyme** vous est proposé. L'analyse des réponses pourrait permettre de mieux comprendre les pratiques.

Je vous remercie par avance de votre contribution à la réussite de ce mémoire par le temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire.

Bien cordialement

Laura SUBRINI
Etudiante sage-femme

Ecole de Sages-femmes Baudelocque - AP-HP - Université Paris V
82 avenue Denfert-Rochereau, 75014 PARIS

Contact : laura.subrini@gmail.com

QUESTIONNAIRE

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. **Quel âge avez-vous ?**
2. **Quel est votre sexe ?**
 - Féminin
 - Masculin
3. **En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?**
4. **Combien d'années avez-vous travaillé en salle de naissance ?**
5. **Dans quel pays avez-vous effectué vos études ?**
6. **Avez-vous des diplômes universitaires complémentaires à votre formation de sage-femme ?**
 - Oui
 - Non

Si oui, lesquels ?
7. **Quel(s) est (sont) votre (vos) secteur(s) d'activité ?**
 - Secteur public (CH, CHU, PSPH)
 - Secteur privé
 - Exercice libéral avec accès à un plateau technique
 - Exercice libéral et réalisation d'accouchements à domicile
 - Autre :
8. **Si vous exercez dans le secteur hospitalier, quel est le type de la maternité ?**
 - Type 1
 - Type 2A
 - Type 2B
 - Type 3
9. **Votre établissement bénéficie-t-il d'un espace physiologique et/ou d'une procédure de prise en charge peu médicalisée ?**
 - Oui
 - Non
10. **Votre établissement a-t-il des missions d'enseignement universitaire (CHU) ?**
 - Oui
 - Non
11. **Dans le cadre du développement professionnel continu, avez-vous :**
 - Effectué des formations non diplômantes ?
 - Participé à des journées ou congrès de maïeutique, d'obstétrique ou de périnatalité ?
12. **Lisez-vous de la littérature scientifique sur le périnée ou l'épisiotomie ?**
 - Oui
 - Non

Si non, **pourquoi** ?

- Manque de temps
- Sujet peu intéressant
- Avis personnel sur le sujet
- Rare lecture de la littérature scientifique en général
- Lecture uniquement des recommandations pour la pratique clinique
- Autre(s) raison(s) :

13. Si vous avez accouché par voie basse, avez-vous eu une épisiotomie ?

- Oui
- Non

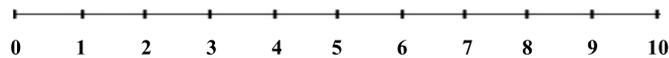
Si oui, **votre vécu de l'épisiotomie a-t-il été** :

- Bon ?
- Mauvais ?
- Indifférent ?

VOTRE PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE

14. Au cours de l'accouchement, quelle place accordez-vous à la protection du périnée ?

Indiquez un chiffre sur l'échelle ci-dessous



15. A combien estimez-vous votre taux d'épisiotomies (en %) ?

16. Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux qui pourraient vous conduire à RÉALISER une épisiotomie ?

- Prévention des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré
- Prévention de l'incontinence et du prolapsus
- Réparation plus facile du périnée
- Meilleure cicatrisation
- Peur des remarques en cas de périnée complet:
 - de vos collègues sages-femmes
 - de l'obstétricien de garde
 - du chef de service
 - de la femme
- Autre(s) raison(s) :

17. Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux qui pourraient vous conduire à ÉVITER de réaliser une épisiotomie ?

- Meilleure cicatrisation du périnée en cas de déchirure
- Non protection du périnée par l'épisiotomie
- Refus de la femme
- Geste mutilant
- Autre(s) raison(s) :

18. Après une épisiotomie, vous est-il arrivé de vous interroger sur sa réalisation ?

- Non
- Oui, car :
 - Indication mal posée
 - Déception de la patiente
 - Episiotomie prolongée par une déchirure
 - Sentiment d'échec
 - Souhait d'en réaliser le moins possible
 - Autre(s) raison(s) :

19. Avez-vous déjà regretté :

- D'avoir fait une épisiotomie ?
- De ne pas avoir fait d'épisiotomie ?

Pour quelle(s) raison(s) ?

20. Votre pratique de l'épisiotomie a-t-elle évolué au cours du temps ?

- Oui
- Non

Si oui, quels sont les facteurs qui ont influencé cette évolution ?

- Expérience clinique de l'accouchement
- Déchirure(s) périnéale(s) du 3^{ème} ou 4^{ème} degré
- Discussion avec vos collègues
- Discussion lors du staff
- Insatisfaction des femmes
- Lecture de la littérature scientifique ou des recommandations

21. L'absence d'analgésie péridurale modifie-t-elle votre pratique de l'épisiotomie ?

- Oui chez les primipares
- Oui chez les multipares
- Non

22. Lors des accouchements en position non gynécologique, vous réalisez:

- Autant d'épisiotomies
- Plus d'épisiotomies
- Moins d'épisiotomies

23. Utilisez-vous d'autres moyens pour protéger le périnée ?

- Bain pendant le travail
- Massage per-partum
- Compresses chaudes ou froides
- Ballonnets périnéaux gonflables
- Changement fréquent de positions maternelles pendant le travail
- Poussée retardée
- Poussée sur l'expiration
- Maîtrise du dégagement de la tête et des épaules fœtales

24. Pensez-vous que délivrer l'information aux femmes sur l'épisiotomie soit :

- Inutile
- Important
- Non justifié
- Utile
- Anxiogène
- Obligatoire

25. Pensez-vous qu'obtenir le consentement des femmes soit :

- Inutile
- Important
- Non justifié
- Utile
- Obligatoire

26. Dans les situations suivantes (tableau ci-dessous), diriez-vous que vous faites, « jamais », « parfois », « souvent » ou « toujours » une épisiotomie ?

Situations		Fréquence				
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Facteurs maternels	Âge > 35 ans					
	Origine asiatique					
	IMC ≥ 30					
	IMC < 18,5					
	Peau claire					
	Demande de la patiente de ne pas pratiquer d'épisiotomie					
Facteurs obstétricaux	Primiparité					
	Antécédent de césarienne sans voie basse antérieure					
	Antécédent de césarienne avec voie basse antérieure					
	Prise de poids excessive pendant la grossesse					
	Présentation du siège					
	Présentation de la face					
	Variétés postérieures					
	Dystocie des épaules					
	Grossesse gémellaire					
	Prématurité, retard de croissance intra-utérin					
Facteurs fœtaux	Suspicion de macrosomie					
	Phase d'expulsion > 30min avec RCF rassurant					
	Phase d'expulsion > 30min avec RCF non rassurant					
	Périnée court					
Facteurs périnéaux	Périnée tonique					
	Antécédents de déchirures du 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré					
	Mutilations sexuelles					
	Déchirure imminente					

VOTRE SERVICE ET LA PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE

27. En comparaison à vos collègues, vous pensez faire partie des praticiens qui réalisent :

- Très peu d'épisiotomies
- Peu d'épisiotomies
- Un nombre moyen d'épisiotomies
- Beaucoup d'épisiotomies
- Ne réalisent pas d'épisiotomies

28. Y-a-t-il une réflexion autour de l'épisiotomie dans votre service ?

Oui, car :

- Le contrôle du taux d'épisiotomies est un projet de l'équipe médicale
- Le chef de service accorde de l'importance à la maîtrise du taux d'épisiotomies
- Le chef de service accorde de l'importance à la justification de l'indication
- Autre(s) raison(s) :

Non, car :

- Le chef de service a confiance en son équipe
- La décision revient à l'accoucheur qui est seul juge de l'indication
- La protection du périnée n'est pas une préoccupation du service
- Autre(s) raison(s) :

29. Une évaluation des pratiques professionnelles autour de l'épisiotomie a-t-elle déjà été organisée dans votre service ?

- Oui
- Non

ÉPIDÉMIOLOGIE - RECOMMANDATIONS

30. A votre connaissance, quel est le taux global d'épisiotomies en France (en %) ?

31. Avez-vous lu les recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie de 2005 ?

- Oui
- Non

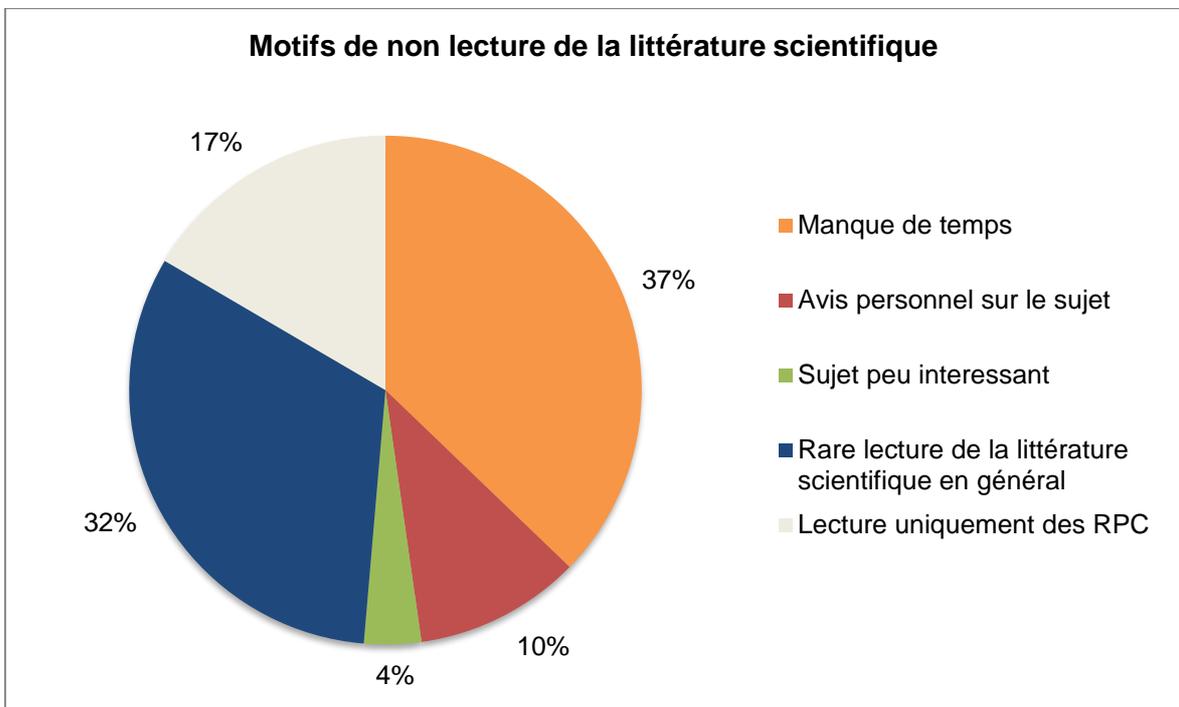
Si oui, ont-elles influencé votre pratique ?

- Oui
- Non

Commentaires éventuels

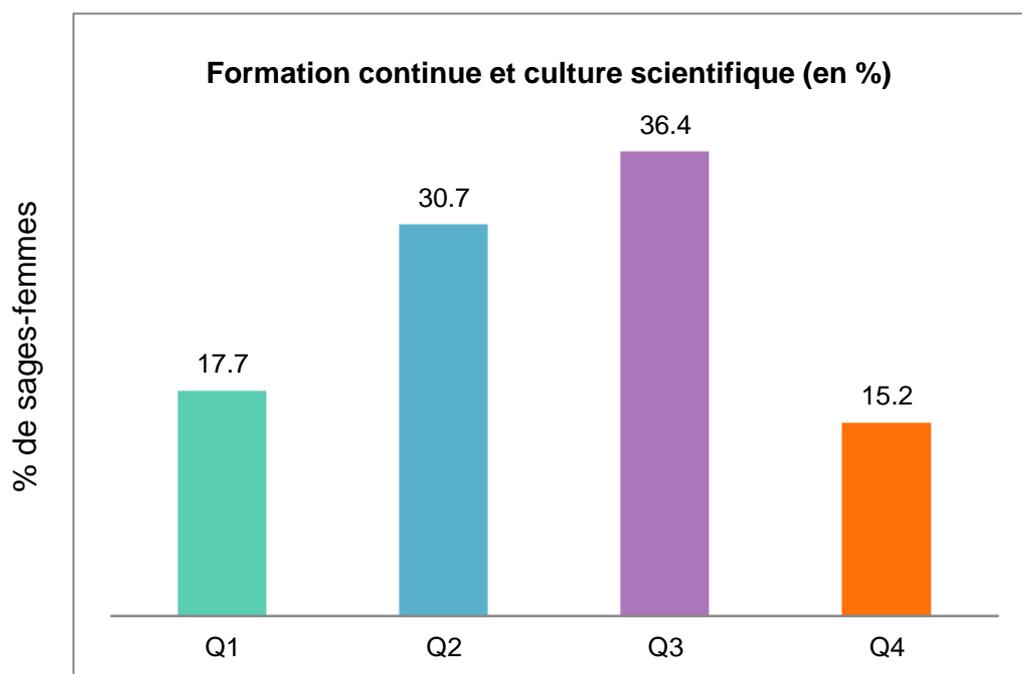
Annexe 2 : Motifs de non lecture de la littérature scientifique sur la protection du périnée ou l'épisiotomie évoquées par les sages-femmes (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif, n = 362)

Motifs de non lecture de la littérature scientifique	Manque de temps	Avis personnel sur le sujet	Sujet peu intéressant	Rare lecture de la littérature scientifique en général	Lecture uniquement des RPC
Effectifs	124	35	12	107	55



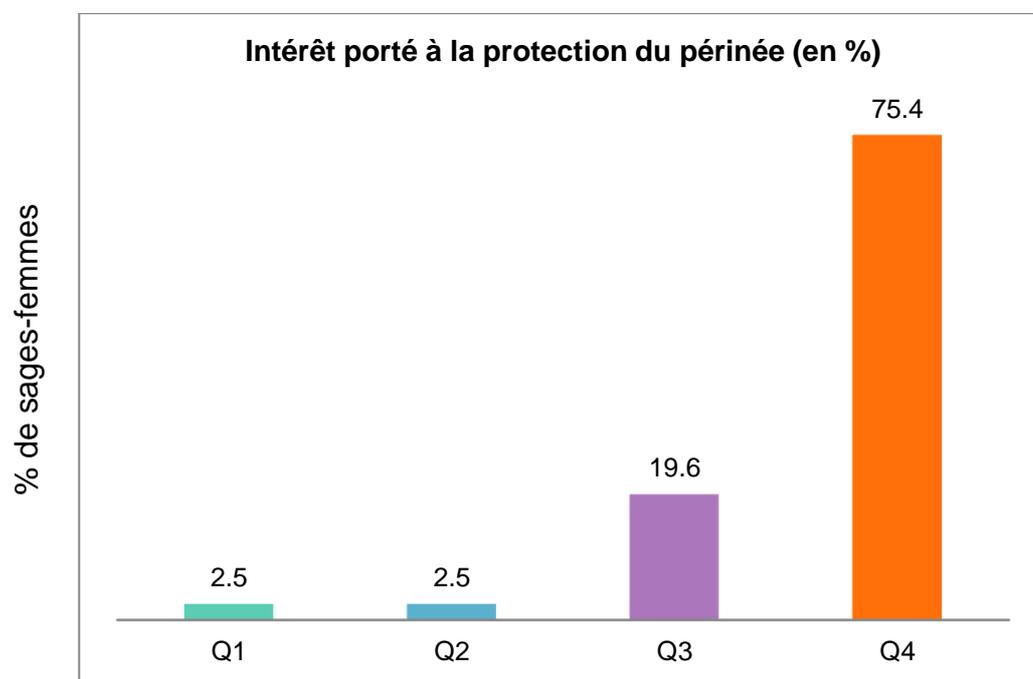
Annexe 3 : Répartition des sages-femmes dans le score « Formation continue et culture scientifique des sages-femmes » (n = 362)

Formation continue et culture scientifique des sages-femmes (n = 362)	Q1	Q2	Q3	Q4
Effectifs	64	111	132	55

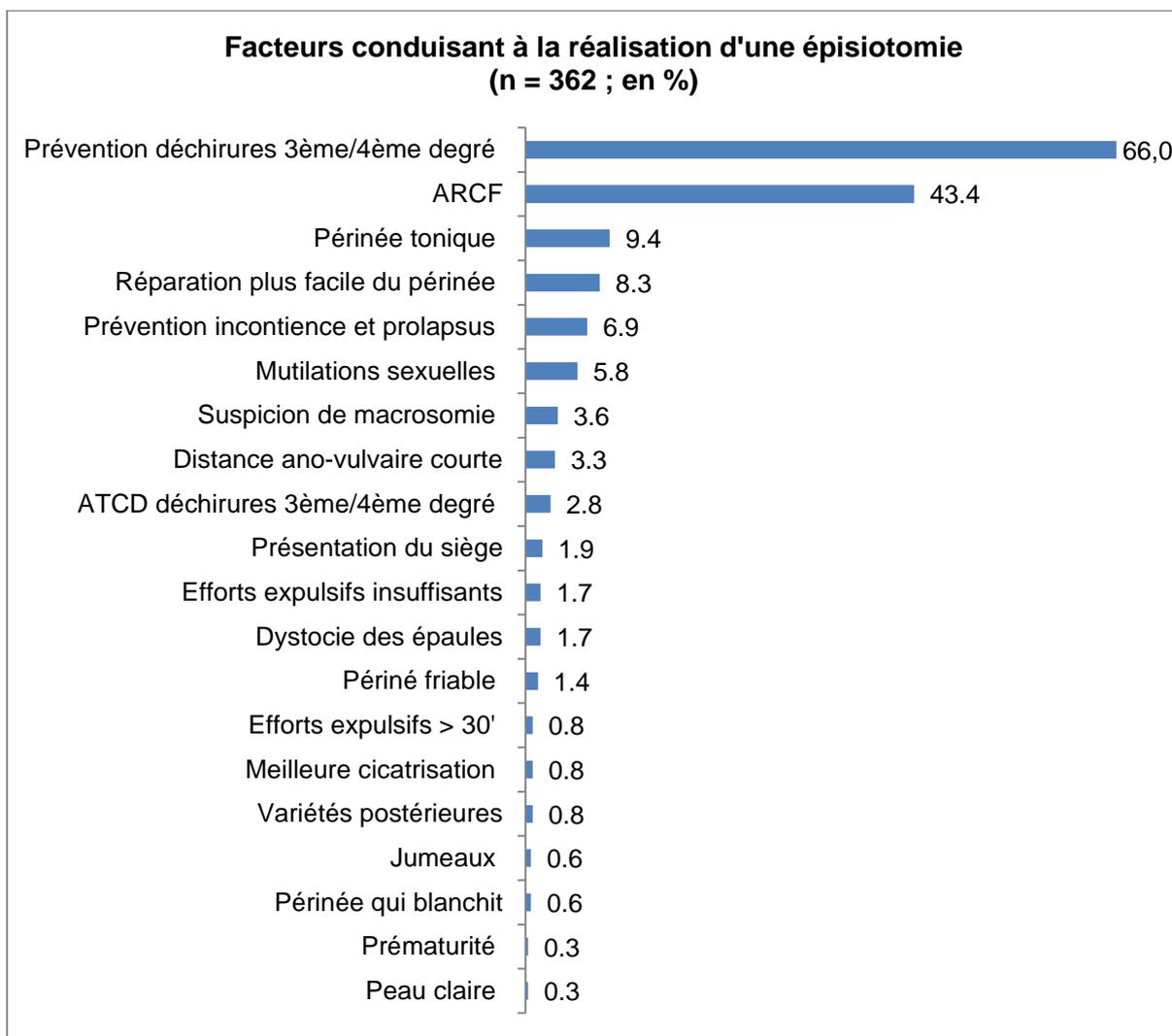


Annexe 4 : Répartition des sages-femmes dans le score « Intérêt porté à la protection du périnée » (n = 362)

Intérêt porté à la protection du périnée (n = 362)				
	Q1	Q2	Q3	Q4
Effectifs	9	9	71	273

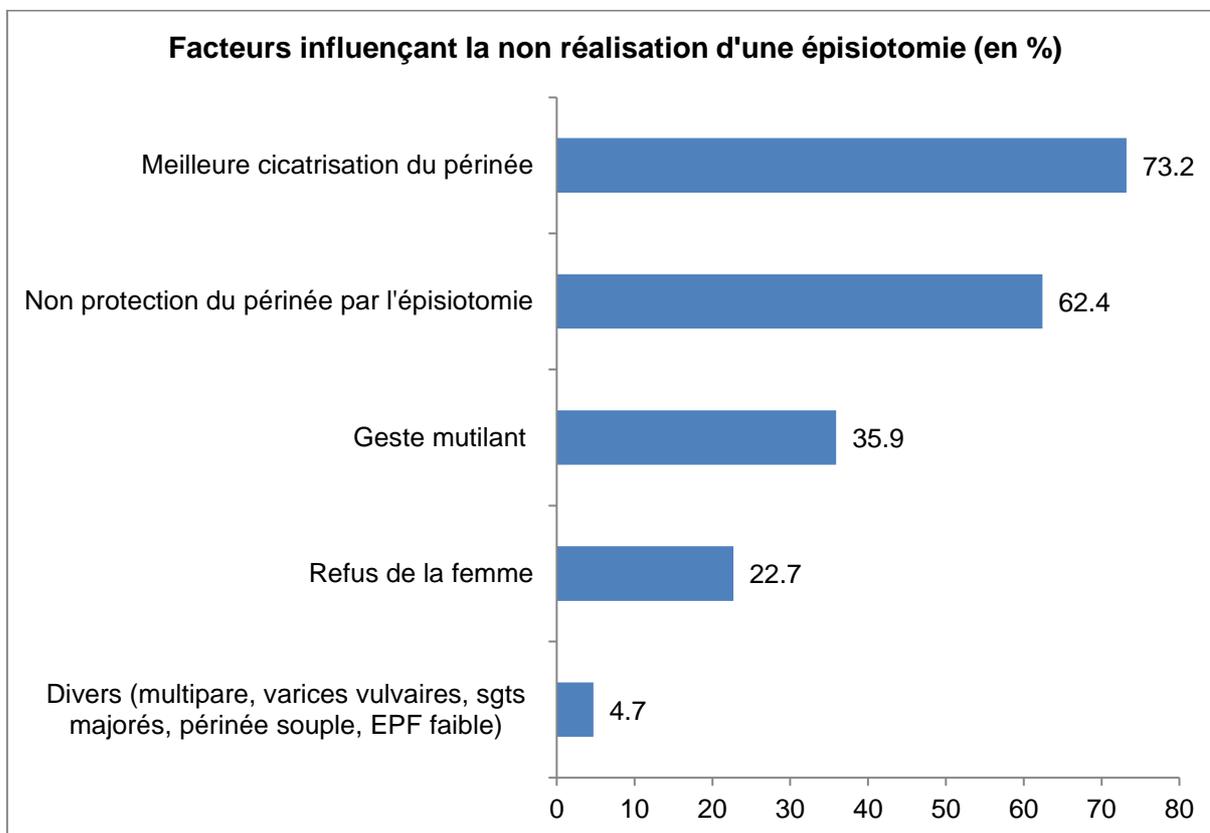


**Annexe 5 : Facteurs conduisant les sages-femmes à réaliser une épisiotomie
(pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 362)**



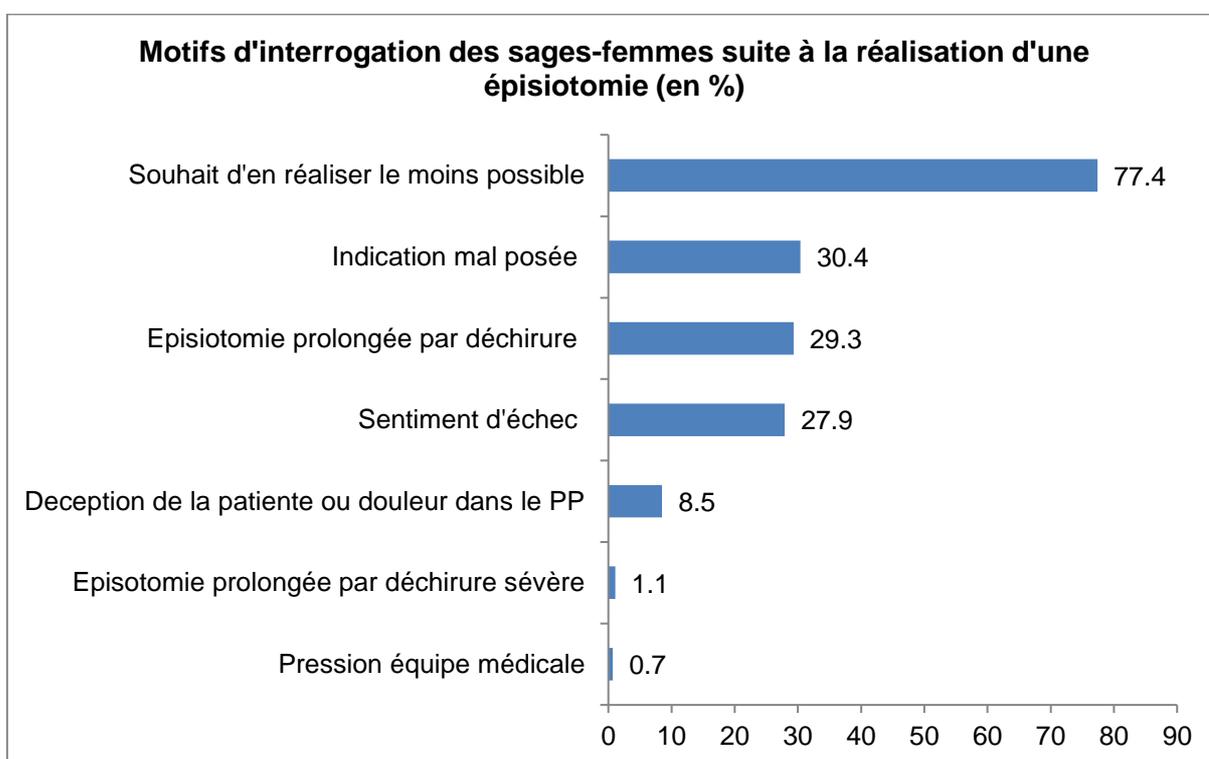
Annexe 6 : Facteurs conduisant les sages-femmes à ne pas réaliser d'épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 362)

Facteurs conduisant les sages-femmes à ne pas réaliser d'épisiotomie (n = 362)	Non				
	Meilleure cicatrisation du périnée	protection du périnée par l'épisiotomie	Geste mutilant	Refus de la femme	Divers
Effectifs	265	226	130	82	17



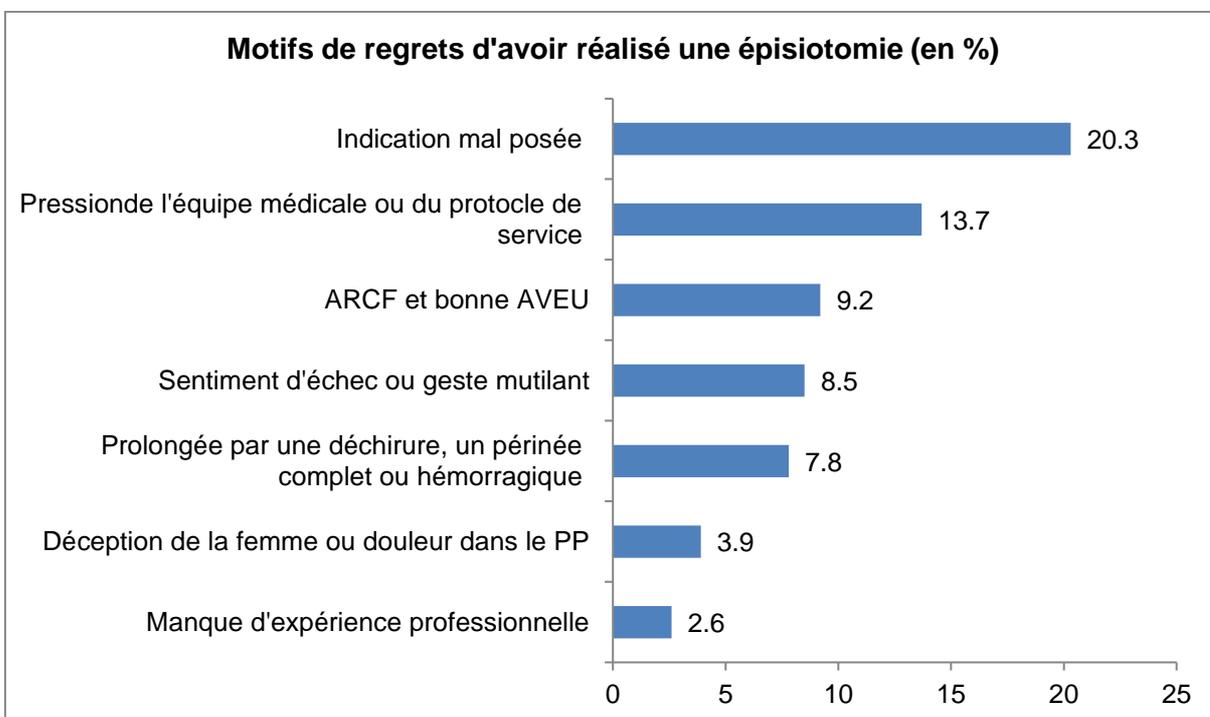
Annexe 7 : Motifs d'interrogation des sages-femmes suite à la réalisation d'une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif, n = 283)

Motifs d'interrogation suite à la réalisation d'une épisiotomie (n = 362)	Effectifs
Souhait d'en réaliser le moins possible	219
Indication mal posée	86
Episiotomie prolongée par une déchirure	83
Sentiment d'échec	79
Déception de la patiente ou douleur PP	24
Episiotomie prolongée par déchirure sévère	3
Pression de l'équipe médicale	2



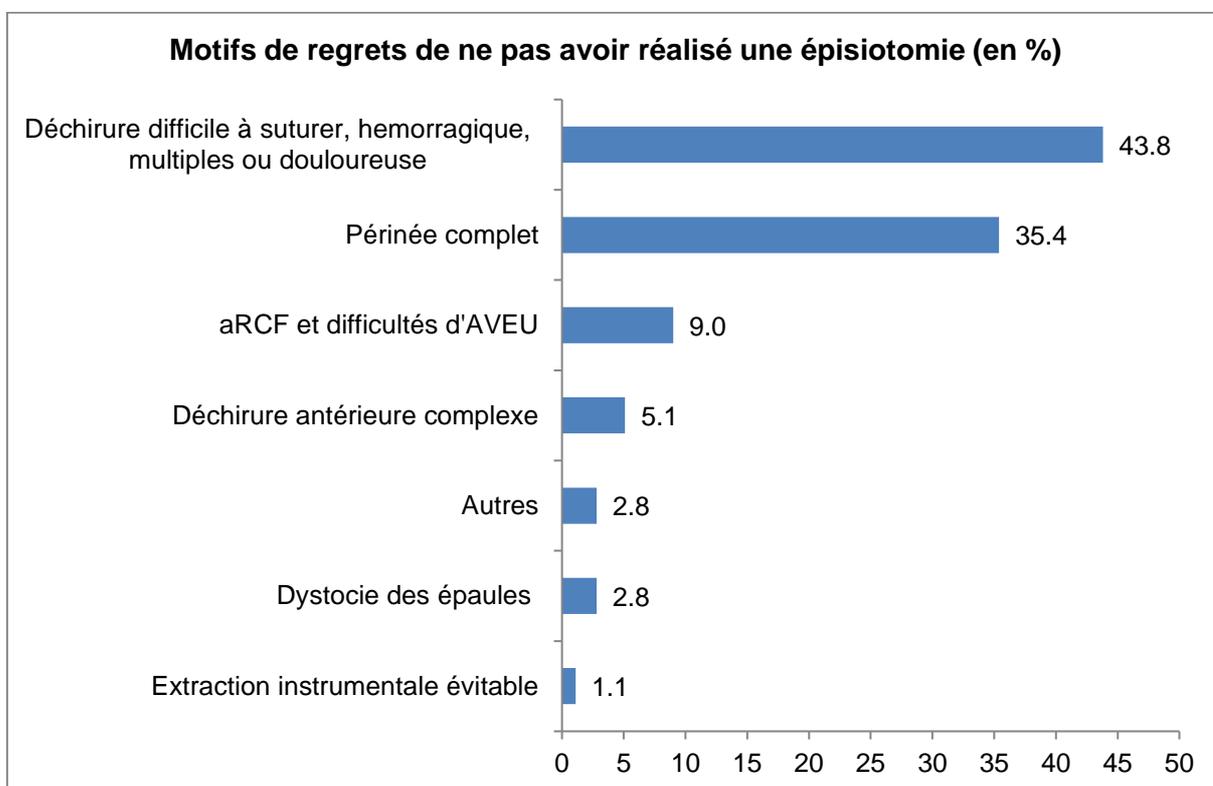
Annexe 8 : Motifs de regret des sages-femmes d'avoir réalisé une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif parmi celles ayant regretté d'avoir réalisé une épisiotomie, n = 153)

Motifs de regret d'avoir réalisé une épisiotomie (n = 153)	Indication mal posée	Pression équipe médicale ou protocole	ARCF et bonne AVEU	Sentiment échec Geste mutilant	Prolongée par déchirure, périnée complet, hémorragique	Déception femme Douleur dans PP	Manque expérience professionnelle
Effectifs	31	21	14	13	11	6	4



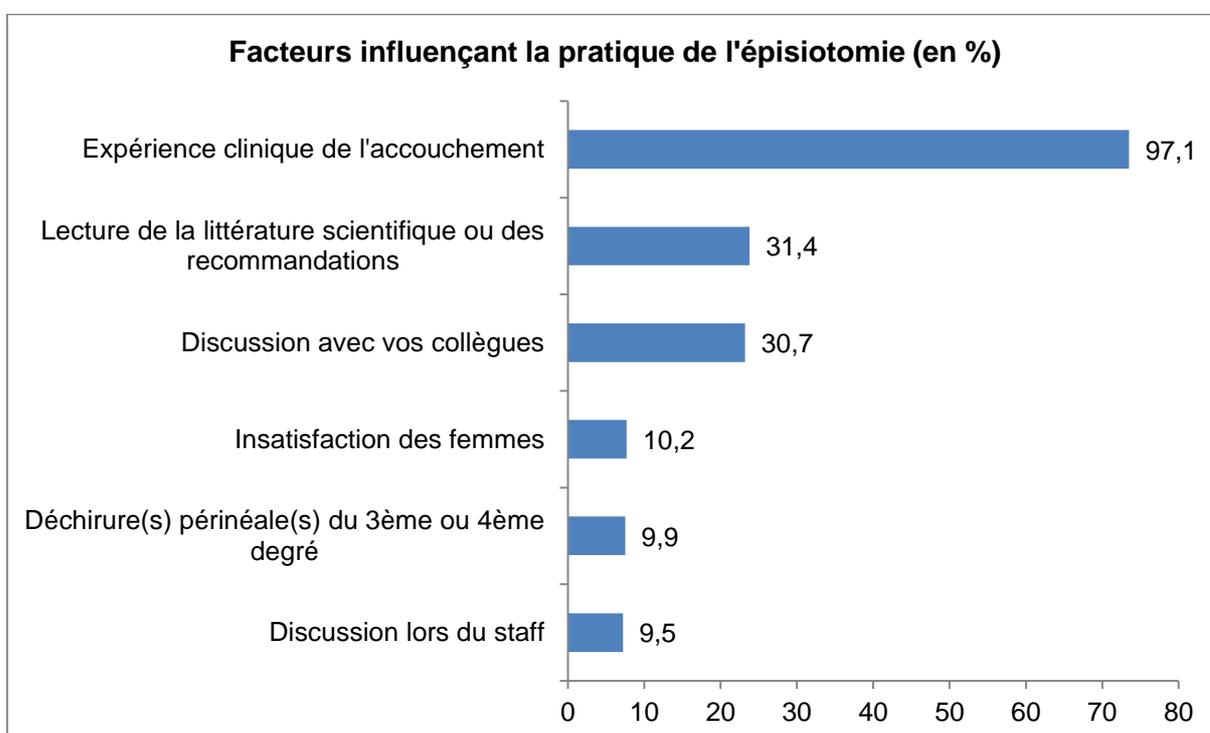
Annexe 9 : Motifs de regret des sages-femmes de ne pas avoir réalisé une épisiotomie (pourcentage de sages-femmes ayant cité le motif parmi celles ayant regretté de ne pas avoir réalisé une épisiotomie, n = 178)

Motifs de regret de ne pas avoir réalisé une épisiotomie (n = 178)	Complications	Périnée complet	ARCF et difficulté d'AVEU	Déchirure antérieure complexe	Autres	Dystocie des épaules	Extraction instrumentale évitable
Effectifs	78	63	16	9	5	5	2



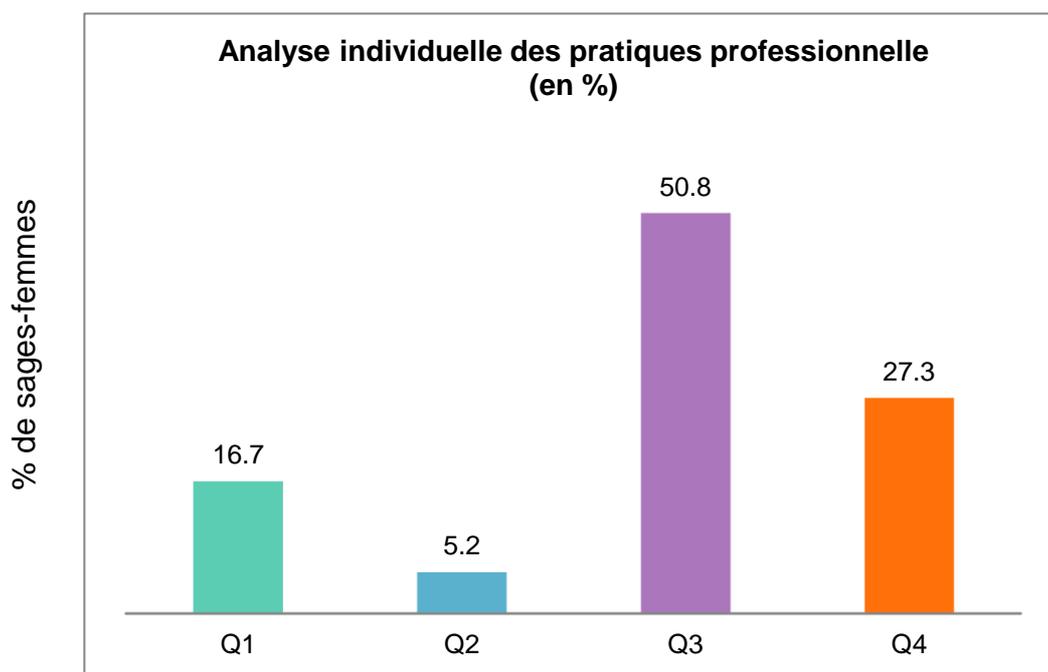
Annexe 10 : Facteurs cités comme participant à l'évolution de la pratique individuelle de l'épisiotomie des sages-femmes (pourcentage de sages-femmes ayant cité le facteur, n = 274)

Facteurs influençant la pratique individuelle de l'épisiotomie (n = 362)	Expérience clinique	Lecture littérature scientifique et RPC	Discussion avec collègues	Insatisfaction des femmes	Déchirures sévères	Discussion lors du staff
Effectifs	266	86	84	28	27	26



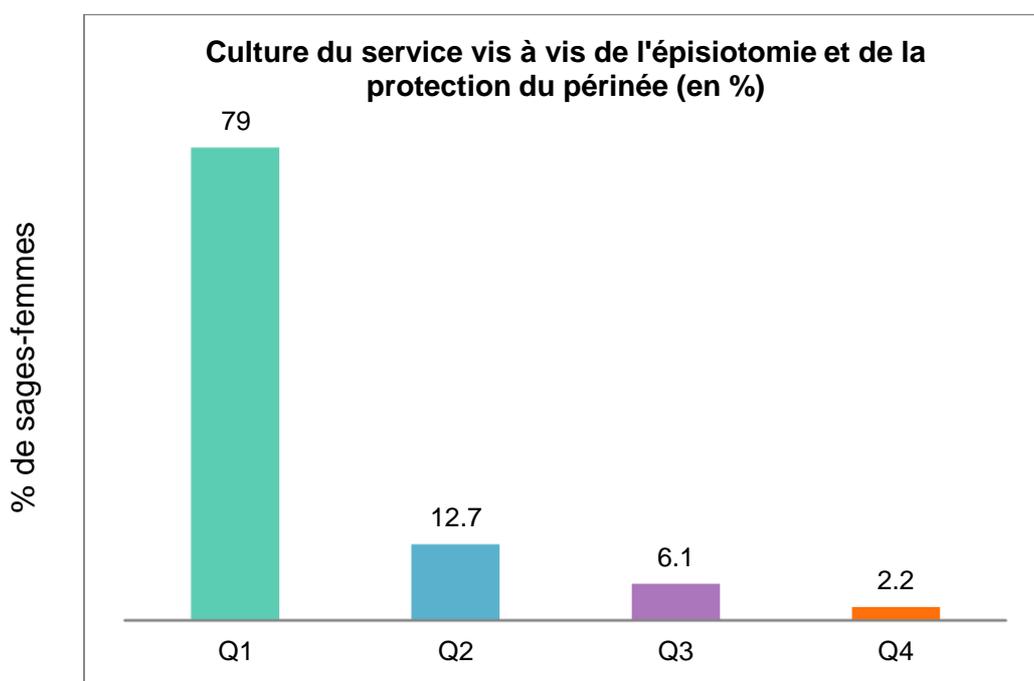
Annexe 11 : Répartition des sages-femmes dans le score « Analyse individuelle des pratiques professionnelles » (n = 362)

Analyse individuelle des pratiques professionnelles (n = 362)	Q1	Q2	Q3	Q4
Effectifs	58	24	181	99



Annexe 12 : Répartition des sages-femmes dans le score « Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée » (n = 362)

Culture du service vis-à-vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée (n = 362)	Q1	Q2	Q3	Q4
Effectifs	286	46	22	8



Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie

Résumé

Objectifs. Décrire les attitudes et points de vue des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie et étudier les facteurs pouvant influencer ces attitudes et points de vue.

Matériel et méthodes. Enquête par auto-questionnaire, réalisée entre août 2015 et janvier 2016 auprès de 362 sages-femmes hospitalières ou libérales pratiquant des accouchements dans 20 maternités de l'Est Parisien ou à domicile. Ont été recueillies les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des sages-femmes, des données sur la pratique individuelle de l'épisiotomie et sur la culture du service vis-à-vis du périnée. Des comparaisons de pourcentages ou de moyennes ont permis d'analyser les taux d'épisiotomie selon ces caractéristiques et selon 4 scores de variables composites (Formation continue et culture scientifique des sages-femmes, Intérêt porté à la protection du périnée, Analyse individuelle des pratiques professionnelles, Culture du service vis à vis de l'épisiotomie et de la protection du périnée).

Résultats. La médiane des taux d'épisiotomie était de 10,0%, les 5^{ème} et 95^{ème} percentiles respectivement de 0,0% et 40,8%. Les principales indications de l'épisiotomie déclarées par les sages-femmes étaient : les efforts expulsifs > 30 minutes associés à un RCF non rassurant (61,9%), la prévention et les antécédents de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (respectivement 66,0% et 58,0%), la présentation du siège (45%) et les mutilations sexuelles (39,8%). Les taux d'épisiotomie variaient significativement selon l'âge ($p = 0,028$), l'année du diplôme ($p=0,007$), le nombre d'années en salle de naissance ($p=0,006$), le statut et le type de la maternité (respectivement $p<0,001$ et $p<0,001$), la présence d'un espace physiologique ou d'une prise en charge peu médicalisée de l'accouchement ($p=0,001$), la lecture des RPC et le score « Analyse individuelle de la pratique de l'épisiotomie » (respectivement $p=0,005$ et $p=0,022$).

Conclusion. Bien qu'ils varient entre les sages-femmes, les taux d'épisiotomie déclarés sont pour la plupart bien en dessous du seuil de 30% des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie du CNGOF. Les points de vue et la pratique de l'épisiotomie semblent très personnels et peu influencés par les services dans lesquels exercent les sages-femmes. Il serait intéressant d'étudier l'influence des femmes sur la pratique de l'épisiotomie.

Mots-clés : *Episiotomie • Attitudes et points de vue • Sages-femmes • Différences*

Attitudes and viewpoints of midwives regarding episiotomy

Abstract

Objectives. Describe the attitudes and viewpoints of midwives regarding the episiotomy and study the factors that influence these attitudes and viewpoints

Material and methods. Survey by self-administered questionnaire, conducted between August 2015 and January 2016 from 362 hospitals or liberal midwives practicing deliveries in 20 maternity hospitals in eastern Paris or at home.

Were collected sociodemographic and professional characteristics of midwives, data on individual use of episiotomy and culture service of the perineum.

Percentages and means were compared in order to analyze the episiotomy rate according to these characteristics and according to four variables composite scores (Training and scientific culture of midwives, Interest in the protection of the perineum, Individual analysis of professional practices, Culture service concerning episiotomy and perineum protection).

Results. The median episiotomy rate was 10.0 %, the 5th and 95th percentiles of 0.0% and 40.8 % respectively.

The main indications of episiotomy reported by midwives were: expulsive efforts > 30 minutes associated with non-reassuring FHR (61.9%), prevention and tears history of the 3rd and 4th degree (respectively 66.0% and 58.0%), breech presentation (45%) and sexual mutilation (39.8%). The episiotomy rates vary significantly with age ($p = 0.028$), graduation year ($p = 0.007$), number of years in the delivery room ($p = 0.006$), the status and the type of maternity (respectively $p < 0.001$ and $p < 0.001$), the presence of a physiological space or a less musicalized management of childbirth ($p = 0.001$), reading the CPP and score "Individual analysis of professional practices" (respectively $p = 0.005$ and $p = 0.022$).

Conclusion. Although they vary between midwives, reported episiotomy rates are mostly well below the threshold of 30 % of CNGOF recommendations for clinical practice of episiotomy. The views and practice of episiotomy seem very personal and not really influenced by the services in which exercise midwives practice.

It would be interesting to study the influence of women on the practice of episiotomy.

Keywords: *Episiotomy • Attitudes and viewpoints • Midwives • Differences*