HAL
open science

L'épisiotomie : un mois plus tard. Étude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes

Garance Lacaille

To cite this version:

Garance Lacaille. L'épisiotomie : un mois plus tard. Étude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01440801

HAL Id: dumas-01440801

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01440801

Submitted on 19 Jan 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE

L'EPISIOTOMIE :
UN MOIS PLUS TARD

Etude prospective, descriptive et unicentrique
réalisée auprès de 30 patientes

Mémoire présenté et soutenu par
Garance LACAILLE
Sous la direction du
Dr Agathe HOUZE DE L'AULNOIT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE

L'EPISIOTOMIE :
UN MOIS PLUS TARD

Etude prospective, descriptive et unicentrique
réalisée auprès de 30 patientes

Mémoire présenté et soutenu par
Garance LACAILLE
Sous la direction du
Dr Agathe HOUZE DE L'AULNOIT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016

Tous mes remerciements…

Au Docteur Agathe Houzé de L'Aulnoit,
Gynécologue-Obstétricien à l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille,
Directrice de ce mémoire,
Pour m'avoir guidée tout au long de ce travail.
Votre aide m'a été précieuse.

A Isabelle Vaast et Brigitte Emmery,
Sages-Femmes enseignantes
à la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille,
Pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils.

A toutes les patientes,
Pour m'avoir accordé un peu de votre temps.

A mes parents, ma grand-mère et mes frères,
Pour votre soutien.

A mes amis, en particulier Anaïs, Marie, Louise et Victoire,
Pour votre écoute et vos encouragements.

A mes camarades de promotion, Maryne, Solène, Sarah, Pierre, Léna, Aude, …
Pour ces années passées ensemble

A mon grand-père…

SOMMAIRE

1. Introduction 2
1.1. Définition 2
1.2. Recommandations et indications 2
1.3. Techniques chirurgicales 3
1.4. Effets indésirables 4
1.5. Problématique et objectifs 4
2. Matériel et méthode 6
2.1. Type 6
2.2. Lieu 6
2.3. Population 6
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion 6
2.5. Outils et mode de recueil de données 7
2.6. Critères de jugement 7
2.7. Analyse statistique 7
3. Résultats 9
3.1. Caractéristiques de la population 9
3.2. Caractéristiques de la grossesse 9
3.3. Caractéristiques de l'accouchement 10
3.4. Séjour en maternité 13
3.5. Un mois après 15
4. Analyse et discussion 23
4.1. Discussion méthodologique : 23
4.2. Analyse et discussion des résultats 24
5. Conclusion 31
6. Références Bibliographiques 32

1. Introduction

1.1. Définition

L'épisiotomie, du grec « épiseon » qui veut dire pubis et « tomê », la section, est une opération chirurgicale consistant à effectuer « une incision sur le pourtour de la vulve de manière à en agrandir l'orifice » et a pour but « d'empêcher la rupture traumatique du périnée au cours de l'accouchement » [1].

1.2. Recommandations et indications

En 2005, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publie des recommandations dans lesquelles il est constaté qu'il n'y a pas d'indication prouvée à l'épisiotomie systématique. En effet, la pratique libérale de l'épisiotomie ne montre pas de bénéfices tant sur le plan fœtal que maternel. Il est alors recommandé d'avoir une pratique restrictive plutôt qu'une pratique libérale de l'épisiotomie [2]. Depuis, il n'est pas non plus recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare, en cas de manœuvres obstétricales ou d'extraction instrumentale, en cas d'antécédents de lésions périnéales du 3ème et du 4ème degré ou de mutilations ni lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion. En effet, dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnée intact sans pour autant augmenter le risque de déchirure du troisième degré. De même, lors d'une suspicion de macrosomie, de prématurité ou de petit poids pour l'âge gestationnel, en cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, de présentation du siège, d'accouchement gémellaire, ni en cas de rythme cardiaque fœtal « non rassurant » pendant l'expulsion, une épisiotomie ne doit pas nécessairement être réalisée.

Dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur.

Une étude du Comité Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) s'adressant à toutes les femmes ayant accouché par voie basse en France a fait le constat que le taux d'épisiotomie était passé de 47% avant les recommandations pour la période 2002-2003 à 30% pour la période 2010-2013. L'enquête a été menée sur 6260 accouchements par voie basse. Chez les primipares, le taux d'épisiotomie était de 47% et chez les multipares de 16% [3].

1.3. **Techniques chirurgicales**

Il existe trois types d'épisiotomie :

En France, les recommandations sont en faveur d'une épisiotomie de localisation médio-latérale. Elle débute de la fourchette vulvaire, en dehors, vers la région ischiatique, avec un angle de 45% par rapport à la verticale. Elle intéresse la peau, la paroi vaginale, le noyau fibreux central du périnée et le faisceau pubo-rectal.

L'épisiotomie de localisation médiane commence au niveau de la fourchette vulvaire et s'oriente verticalement vers l'anus. Elle sectionne le noyau fibreux central du périnée. Elle est plutôt pratiquée aux Etats-Unis. Le principal avantage de l'épisiotomie médio-latérale par rapport à l'épisiotomie médiane est qu'elle permet une meilleure protection du sphincter anal en cas d'expulsion trop brutale.

L'épisiotomie de localisation latérale débute de la fourchette vulvaire et s'oriente horizontalement formant un axe de 90° avec la verticale. Elle n'est quasiment plus pratiquée car elle a un faible intérêt pour l'agrandissement de l'orifice vaginal et elle entraine de nombreuses complications (section de la glande de Bartholin et asymétrie vulvaire) [4 – 7].

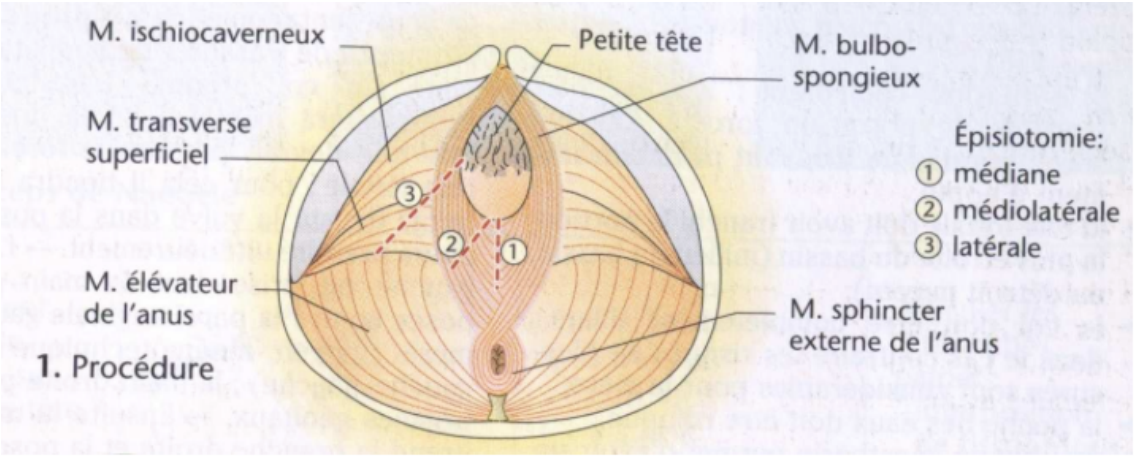


Figure 1 : Techniques chirurgicales de l'épisiotomie

La suture de l'épisiotomie a une importance non négligeable. On distingue 2 types : la suture en 3 plans séparés, qui consiste à suturer de manière successive le plan vaginal, le plan musculaire et le plan cutané, et la technique « un fil un nœud » aussi appelée « surjet continu » qui n'utilise qu'un seul fil pour suturer par un surjet continu le plan vaginal, le plan musculaire, le plan sous-cutané et le plan cutané [7].

1.4. **Effets indésirables**

Moins pratiquée [8], l'épisiotomie ne reste pas sans conséquence. En salle de naissance, elle augmente le risque d'hémorragie du post-partum. En suites de naissance, elle augmente le nombre de plaintes pour douleurs périnéales. Dans les premières semaines du post-partum, elle génère plus de dyspareunies [2].

Une réfection défaillante peut avoir les conséquences suivantes : douleur périnéale (causée par l'œdème et la tension des fils), hématome (souvent lié à un défaut d'hémostase), désunion (dont la cause peut être une infection), mauvaise cicatrisation, infection (liée à un défaut d'asepsie lors de la réfection de la suture, à un hématome, à une hygiène post-opératoire déficiente, ou encore à un point transfixiant le rectum), asymétrie des berges, granulome, bartholinite kystique, endométriose sur cicatrice d'épisiotomie [9].

Sur le plan psycho-social l'épisiotomie est un facteur d'insatisfaction. Elle peut être assimilée à une mutilation sexuelle. Dans certaines cultures, notamment au Brésil, pour des critères de beauté, une cicatrice abdominale (une césarienne) est préférable à une cicatrice périnéale [10].

Toutes ces conséquences ont pour point commun le fait de créer des douleurs et notamment des dyspareunies.

1.5. **Problématique et objectifs**

La surveillance du périnée des femmes se fait pendant le séjour en maternité, lors de la consultation du PRADO (PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile après hospitalisation) qui est effectuée par une sage-femme, pris en charge à 100% jusqu'au 12ème jour après l'accouchement et lors de la consultation du post-partum (qui doit être effectuée dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement). Ces informations sont accessibles aux femmes sur le site de l'Assurance Maladie [11,12]. Cependant, entre cette visite et la consultation post-natale, la situation physique et psychologique des mères peut être méconnue par les professionnels de santé.

Lors de mes nombreux stages et en parcourant les témoignages recueillis par le Comité Interassociatif Autour de la Naissance [3], j'ai remarqué que le vécu de l'épisiotomie pouvait être traumatisant pour les femmes. Inquiétude au sujet de la reprise des rapports sexuels, peur d'avoir mal, rapport au corps différent… C'est pourquoi je me suis intéressée à la période précédant la consultation post-natale, période pendant

laquelle ces femmes se retrouvent seules avec leur corps, leurs inquiétudes et leurs doutes.

Ces constats sont donc à l'origine de notre problématique de recherche :

Quelles sont les conséquences physiques et psychologiques de l'épisiotomie à moyen terme chez les femmes ?

Notre objectif principal est de définir, sur un échantillon représentatif anonymisé, le devenir physique et psychologique des femmes ayant eu une épisiotomie, à un mois de leur accouchement. Notre objectif secondaire est d'évaluer si la douleur périnéale à court terme (J2 du post-partum) est prédictive de la douleur périnéale à moyen terme (à 1 mois du post-partum).

2. Matériel et méthode

2.1. **Type**

Notre étude est de type prospectif, descriptif et monocentrique. Ce projet a obtenu un avis favorable sans restriction auprès du Comité Interne d'Ethique de la Recherche (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille [ANNEXE 1] ainsi que l'autorisation de la sage-femme coordinatrice du terrain d'enquête [ANNEXE 2].

2.2. **Lieu**

Elle a été réalisée dans une maternité de niveau IIb pendant une durée de 6 mois.

2.3. **Population**

La population interrogée était les patientes ayant eu une épisiotomie pour la première fois, quelle que soit leur parité.

2.4. **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient :

- Accouchement voie basse d'un enfant né vivant
- Primipare ou multipare
- Terme ≥ 37 SA
- Grossesse monofœtale
- Présentation céphalique
- Pratique d'une épisiotomie pour cet accouchement
- Première épisiotomie
- Voie basse spontanée ou extraction instrumentale

Les critères d'exclusion étaient :

- Enfant né sans vie
- Antécédent d'épisiotomie
- Césarienne pour échec d'extraction

2.5. **Outils et mode de recueil de données**

Notre étude s'est réalisée en 3 temps [ANNEXE 3] :

1) Recueil de données sur dossiers : dossier obstétrical papier ou informatisé de la patiente (caractéristiques maternelles, de la grossesse, de l'accouchement et des suites de naissance)

2) Entretien semi-directif à J2 du post-partum pendant le séjour en maternité (vécu de l'épisiotomie, douleur, gêne occasionnée, soins périnéaux, existence d'un suivi gynécologique régulier hors grossesse, souhait d'une sortie précoce, etc) précédé de la remise d'un formulaire de non opposition [ANNEXE 4]

3) Entretien semi-directif téléphonique à 1 mois du post-partum (douleur, éventuelle gêne, complications, soins périnéaux, consultation ou non d'un professionnel de santé, reprise des rapports sexuels, etc).

2.6. **Critères de jugement**

Les critères de jugement sont détaillés en ANNEXE 5. Ils regroupent des caractéristiques maternelles, de la grossesse, de l'accouchement, de la douleur, du vécu de la patiente et des suites de naissance.

2.7. **Analyse statistique**

Les données ont été saisies sur un tableur Excel et son tableau croisé dynamique. Elles ont été traitées avec le logiciel BiostaTGV.

Pour les données quantitatives, un test de Shapiro-Wilks distinguait les distributions normales de celles qui ne l'étaient pas.

Les valeurs continues de distribution normale étaient données en moyenne associée à un écart-type. Le test statistique était la comparaison de moyenne (test t de Student ou test Anova).

Les valeurs continues de distribution non normale étaient rapportées par la médiane associée aux valeurs du 25ème et 75ème percentile. Le Test statistique était le test non paramétrique de comparaison de moyennes des rangs de Kruskall-Wallis.

Les données qualitatives étaient analysées par leur fréquence absolue et relative. Le test statistique était le test de Chi² Ou le test exact de Fisher quand la fréquence attendue était inférieure à 5 dans une ou plusieurs cellules.

La différence était statistiquement significative si p était inférieur à 0,05.

3. Résultats

Notre étude s'est déroulée de décembre 2015 à janvier 2016. L'échantillon étant trop faible, elle a repris de mars à mai 2016. Elle a permis de repérer 35 dossiers de femmes correspondant aux critères d'inclusion. 5 d'entre elles n'ont pas participé à l'étude (2 patientes mineures, 1 pour barrière linguistique et 2 par refus simple de participation). Au total, notre échantillon se compose de **n=30 sujets**.

3.1. **Caractéristiques de la population**

La moyenne d'âge de nos patientes est de 29,4 ans (σ = 4,5). La majorité des patientes est primipare et présente un indice de masse corporelle (IMC) normal (22,25 [21 ; 26,75]). En dehors de la grossesse, 26 (87%) des sujets ont un suivi gynécologique régulier (au moins un rendez-vous annuel en gynécologie). Notre échantillon comporte 4 patientes (13%) ayant un antécédent de déchirure périnéale.

Tableau I. Caractéristiques maternelles

		Effectif n=30	Pourcentage (%)
Age	21 à 25 ans	7	23%
	26 à 30 ans	**10**	**34%**
	31 à 35 ans	9	30%
	36 à 40 ans	4	13%
Parité	**Primipare**	**24**	**80%**
	2nde Pare	4	13%
	3ème Pare	2	7%
IMC (kg/m^2)	Insuffisance pondérale <18,5	1	3%
	Norme 18,5-24,9	**19**	**64%**
	Surpoids 25-29,9	4	13%
	Obésité >30	6	20%

3.2. **Caractéristiques de la grossesse**

26 parturientes (87%) ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, 3 multipares n'ont pas renouvelé l'expérience pour cette grossesse et 1 primipare n'a pas souhaité y participer. Le massage périnéal a été pratiqué par 5

patientes (17%), toutes primipares. Une seule patiente était atteinte de diabète gestationnel (3%). Une incontinence urinaire a été retrouvé chez 1 patiente (3%) et une constipation chez 12 patientes (40%).

La plupart des parturientes ont eu un gain pondéral compris entre 11 et 15 kg. La moyenne est de 12,38 kg (σ = 5,1). On a retrouvé chez 3 patientes un gain pondéral inférieur à 5kg. Ces 2 parturientes avaient un IMC ≥ 30 avant la grossesse. En ce qui concerne les prises de poids > 20kg, les 2 patientes avaient un IMC normal.

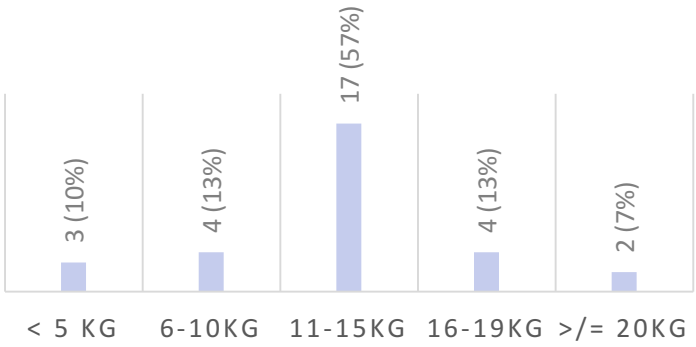


Figure 2 : Répartition de la prise de poids au cours de la grossesse

3.3. **Caractéristiques de l'accouchement**

3.3.1. Contexte infectieux

Durant le travail ou les suites de couches immédiates, 5 patientes (17%) ont présenté une hyperthermie inférieure ou égale à 38,5°C, 13 patientes (43%) ont bénéficié d'une antibioprophylaxie ou d'une antibiothérapie et 3 (10%) l'ont poursuivi en maternité. Les étiologies d'une antibiothérapie ou d'une antibioprophylaxie sont représentées sur la figure 3.

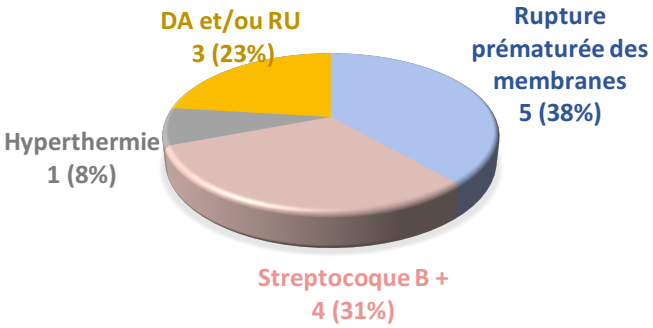


Figure 3 : Etiologies d'une antibioprophylaxie/antibiothérapie durant le travail ou les suites de couches immédiates

3.3.2. Analgésie pendant le travail et l'accouchement

28 patientes (93%) ont bénéficié une analgésie péridurale. 1 (3%) a bénéficié d'un bloc honteux et 1 (3%) n'a eu aucune analgésie par choix personnel.

3.3.3. Expulsion

La durée moyenne des efforts expulsifs est de 29,9 minutes (σ = 15,2) sans jamais excédé 60 minutes. 12 parturientes (40%) ont présenté des efforts expulsifs d'une durée supérieure à 30 minutes. 28 nouveau-nés (93%) sont nés en variété antérieure et 2 (7%) sont nés en variété postérieure. Les modes d'accouchement sont représentés sur la figure 4.

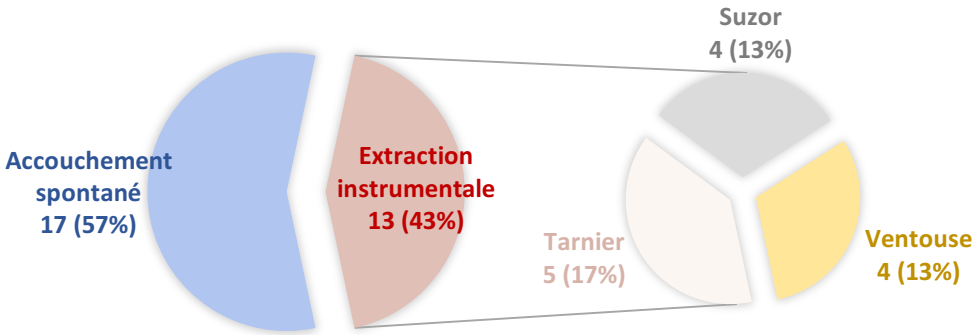


Figure 4 : Modes d'accouchements

3.3.4. Episiotomie

Pour 19 accouchements (64%), l'épisiotomie a été prophylactique. L'indication « anomalie du rythme cardiaque fœtal » (ARCF) a été retrouvée chez 7 patientes (23%). L'incision a été médio-latérale gauche pour 18 épisiotomies (60%). On retrouve dans les opérateurs presque autant de sages-femmes/étudiants sages-femmes que de médecins/internes. Des lésions supplémentaires ont été observées chez 5 patientes (17%) et la technique de réfection en 3 plans séparés a été choisie dans 93% des cas.

Tableau II : Caractéristiques de l'épisiotomie

		Effectif n=30	Pourcentage (%)
Indication	**Prophylactique**	**19**	**64%**
	ARCF	7	23%
	Non connue	4	13%
Type	**Médio-latérale gauche**	**18**	**60%**
	Médio-latérale droite	10	33%
	Non connue	2	7%
Opérateur	Sage-femme	14	46%
	Médecin	9	30%
	Etudiant sage-femme	2	7%
	Interne	5	17%
Technique de réfection	**3 plans séparés**	**28**	**93%**
	Un fil un nœud	2	7%
Lésions supplémentaires		5	17%

3.3.5. Délivrance

Toutes les patientes ont bénéficié d'une délivrance dirigée c'est à dire d'une injection prophylactique de 5 à 10 UI d'ocytocine par voie intraveineuse directe lente au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ou après l'expulsion du placenta [13]. La délivrance incomplète du placenta chez 8 patientes (27%) a nécessité une délivrance artificielle et/ou une révision utérine. 7 patientes (23%) ont eu une hémorragie de la délivrance. Aucune n'a été liée uniquement à la lésion périnéale. Il n'y a pas eu d'hémorragie tardive du post-partum.

3.3.6. Poids de naissance des nouveau-nés

La médiane du poids des nouveau-nés à la naissance est de 3390g [3183,75 ; 3668,75]. 3 nouveau-nés (10%) étaient macrosomes (poids ≥ 4000g).

3.4. Séjour en maternité

3.4.1. Douleur et thérapeutiques

L'ENS moyenne à J2 est de 3,47 (σ = 2,14). 2 patientes (7%) n'ont pris aucun traitement en maternité. En ce qui concerne la prise d'antalgiques, 26 (87%) ont pris du paracétamol, 7 (7%) l'ont accompagné de tramadol. 1 (3%) a pris du tramadol seul et 1 (3%) a pris du dafalgan codéiné qui était le traitement fond de sa fibromyalgie. 14 patientes ont eu recours au kétoprofène.

Les circonstances de survenue de la douleur sont : la position assise (67%), la mobilisation (57%), la position debout (43%), la miction (23%), le port de vêtements (17%) et les soins au nouveau-né (7%).

3.4.2. Complications

5 complications (17%) ont été relevées dans les dossiers : 2 hématomes, 2 désunions et 1 retrait d'un fil en tension responsable de douleurs.

3.4.3. Soins périnéaux

A J2, le nombre moyen de soins périnéaux par jour est de 2. 1 patiente effectue une toilette systématique après chaque passage aux toilettes. 26 patientes (87%) utilisent un gel pour la toilette intime. Les 4 restantes (13%) utilisent leur gel douche habituel. 17 (57%) disent avoir peur d'effectuer la toilette périnéale.

3.4.4. Incontinence, constipation et hémorroïdes

A J2, 4 patientes (13%) se plaignent d'incontinence urinaire, 10 (33%) de constipation et 8 (27%) d'hémorroïdes. 23 sujets (77%) ont peur d'aller à la selle.

3.4.5. Vécu de l'épisiotomie

Lors de l'entretien en maternité, les femmes ont été interrogées sur leur vécu de l'épisiotomie à l'accouchement et à J2. A l'accouchement, 12 (40%) estiment avoir « bien » vécu l'épisiotomie, 10 (34%) l'ont « assez bien » vécu, 7 (23%) l'ont « mal » vécu et 1 seule (3%) l'a « très mal » vécu. A J2, la réponse « assez bien » est citée par 16 patientes (35%), « bien » par 11 (37%) et « mal » par 3 (10%).

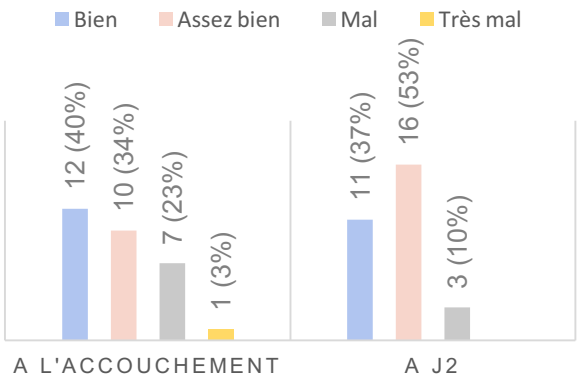


Figure 5 : Vécu de l'épisiotomie

3.4.6. Peur de la plaie

De la même manière que précédemment, nous avons demandé aux sujets s'ils avaient eu peur de l'épisiotomie. A l'accouchement, 19 patientes (63%) n'ont « pas du tout » eu peur, 9 (27%) ont eu « un peu » peur et 3 (10%) ont eu très peur. A J2, 16 (53%) disent avoir « un peu peur », 12 (40%) « pas du tout » et 2 (7%) ont « très peur ».

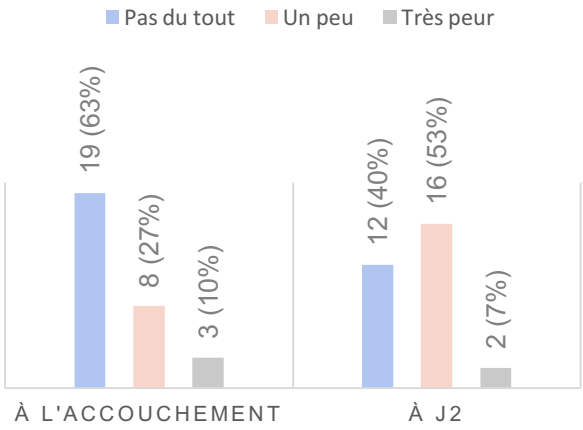


Figure 6 : Peur de l'épisiotomie

3.4.7. Connaissance de l'indication de l'épisiotomie

27 patientes (90%) disent avoir connaissance de l'indication de leur épisiotomie. Sur les 27, 21 ont globalement compris l'indication. 2 n'ont pas bien compris l'indication. Pour 4 d'entre elles, l'indication n'était pas renseignée dans le dossier obstétrical.

3.4.8. Remarques

A J2, les mères interrogées avaient la possibilité de faire une remarque au sujet de leur épisiotomie. Les remarques sont les suivantes : « Je trouve cela bizarre qu'il n'y ait pas de soins spéciaux pour l'épisiotomie » ; « Je ne m'attendais pas à avoir une épisiotomie, j'ai senti et j'ai trouvé ça perturbant » ; « ça va » ; J'ai peur sur la cicatrisation à long terme » et « Je pensais que ça ferait plus mal ».

3.5. **Un mois après**

3.5.1. Soins périnéaux

A 1 mois, le nombre moyen de soins périnéaux quotidien est de 1. 26 patientes (87%) continuent à utiliser un gel spécifique pour la toilette intime. 4 (13%) ont encore peur d'effectuer des soins dans cette région du corps.

Nous avons retrouvé une différence significative entre nombre de soins à j2 et le nombre de soins à 1 mois ($p = 0,002$). A J2, les femmes font significativement plus de soins qu'à 1 mois.

3.5.2. Complications de l'épisiotomie depuis le retour à domicile

Dans le cadre du PRADO, les mères reçoivent la visite d'une sage-femme à domicile le lendemain de leur sortie de maternité, puis une seconde visite a lieu dans les 24 à 48 heures.

Sur nos 30 sujets, 28 (93%) ont profité de ce programme en accueillant, à 2 reprises, une sage-femme à leur domicile. Pour 3 d'entre elle, une inspection du périnée n'a pas été jugée nécessaire. Lors de ces visites, nous avons relevé 2 désunions partielles, et 2 plaintes pour des douleurs périnéales.

A J10, l'une des 2 patientes ayant remarqué une désunion partielle lors du passage de la sage-femme s'est présentée aux urgences pour un lâchage complet de sa suture. La réfection de son épisiotomie s'était faite en 3 plans séparés. Une mèche cicatrisante a donc été mise en place, avec des soins à la Biseptine® et au sérum physiologique une fois par jour par une infirmière à domicile pendant 4 semaines.

4 patientes ont consulté un professionnel de santé de leur propre initiative pour des douleurs périnéales. Lors du passage de la sage-femme, aucun problème n'avait été relevé concernant leur épisiotomie. L'une s'est orientée vers son médecin traitant, une autre vers un cabinet médical de gynécologie et les 2 dernières sont allées aux

urgences. Les diagnostics étaient les suivants : 2 infections (l'une traitée par antibiotique et crème cicatrisante, l'autre par application d'antiseptiques locaux), 1 granulome (traité par antiseptique local) et 1 fil gênant (retiré).

2 patientes n'ont pas rencontré de sage-femme à domicile. L'une par refus, et l'autre par défaut d'organisation (difficulté à joindre ou à se faire joindre par la sage-femme). Ces 2 patientes ont eu les complications suivantes dans les 15 jours suivant l'accouchement : endométrite et abcès associé à une bartholinite. Elles ont respectivement consulté le SAMU et un cabinet médical de gynécologie.

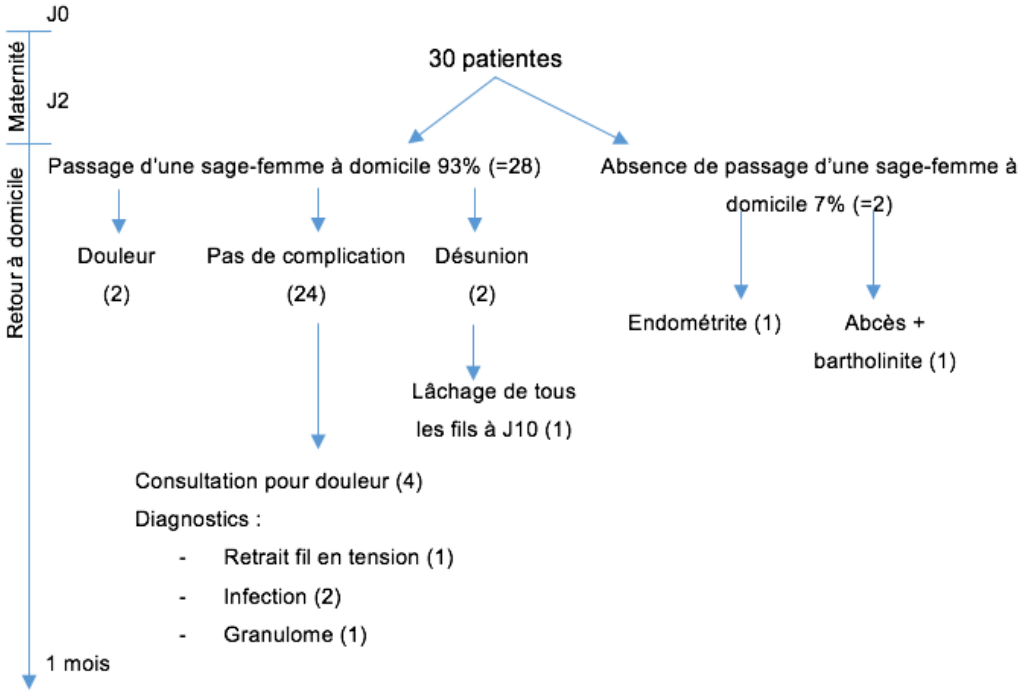


Figure 7 : Complications depuis le retour à domicile

En comparant le taux de survenue de complications à J2 et à 1 mois, nous n'avons pas trouvé de différence significative (p = 0,13).

De plus, nous avons comparé la survenue de complications en fonction de caractéristiques maternelles, de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né et des suites de naissance. Nous n'avons trouvé de différence significative pour aucune des caractéristiques.

Tableau III : Survenue de complications en fonction de différentes caractéristiques

		Complications	Pas de complications	p
Age	< 30 ans	7	9	0,36
	≥ 30 ans	3	11	
IMC	< 25	5	5	0,34
	≥ 25	5	15	
Massage périnéal pendant grossesse	oui	2	3	1
	non	8	17	
ATB pendant le travail et/ou les suites immédiates	oui	5	8	0,9
	non	5	12	
Extraction instrumentale	oui	4	9	0,89
	non	6	11	
DA et/ou RU	oui	3	5	0,88
	non	7	15	
Poids du nouveau-né	< 4000g	9	18	1
	≥ 4000g	1	2	
Déchirures associées	oui	2	3	1
	non	8	17	
Complications en maternité	oui	2	3	1
	non	8	17	
Douleurs à J2	oui	9	17	1
	non	1	3	
Soins périnéaux à J2	1	3	8	0,89
	> 1	7	12	

3.5.3. Douleur à 1 mois

A 1 mois de l'accouchement, 22 femmes (73%) n'ont plus de douleur due à l'épisiotomie. La médiane de l'ENS est de 0 [0 ;0,75]. En ce qui concerne le délai d'oubli de la douleur, à 1 mois, 3 patientes (10%) estiment ne pas encore l'avoir oubliée. Parmi les 8 femmes ayant encore des douleurs à 1 mois, à la question « à partir de quand avez vous oublié la douleur », 5 ont répondu un délai antérieur à notre conversation téléphonique.

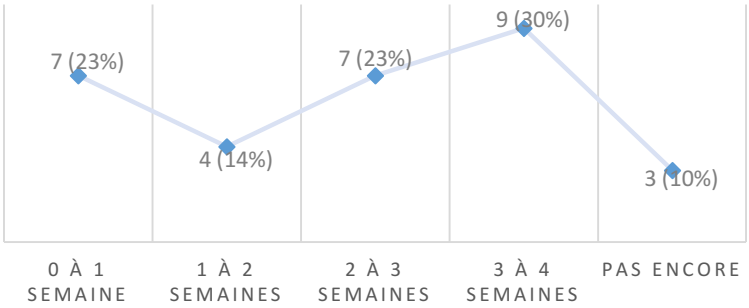


Figure 8 : Délai d'oubli de la douleur

En comparant la moyenne des ENS à J2 et des ENS à 1 mois, nous avons trouvé une différence significative p = $3,4x10^8$. A 1 mois, les femmes ont moins de douleurs qu'à J2.

Nous avons également comparé la douleur à 1 mois aux mêmes caractéristiques que précédemment. Nous avons trouvé une différence significative entre le groupe ayant reçu dans antibiotiques pendant le travail et/ou les suites de couche immédiates et le groupe n'en ayant pas reçu (p=0,049). Pour le reste, nous n'avons pas retrouvé de différence significative.

Tableau IV : Douleur à 1 mois en fonction de différentes caractéristiques

		Douleur	Pas de douleur	p
Age	< 30 ans	3	13	0,42
	≥ 30 ans	5	9	
IMC	< 25	2	8	0,88
	≥ 25	6	14	
Massage périnéal pendant grossesse	oui	1	4	1
	non	7	18	
ATB pendant le travail et/ou les suites immédiates	oui	6	7	0,049*
	non	2	15	
Extraction instrumentale	oui	5	8	0,24
	non	3	14	
DA et/ou RU	oui	4	4	0,2
	non	4	18	
Poids du nouveau-né	< 4000g	8	19	0,54
	≥ 4000g	0	3	
Déchirures associées	oui	1	4	1
	non	7	18	
Complications en maternité	oui	1	4	1
	non	7	18	
Douleurs à J2	oui	8	18	0,55
	non	0	4	
Soins périnéaux à J2	1	2	9	0,71
	> 1	6	13	

3.5.4. Se sentir mieux dans son corps

La figure suivante représente les délais à partir desquels les patientes se sont senties mieux dans leur corps. On remarque qu'à 1 mois, 5 patientes (17%) ne se sentent toujours pas mieux dans leur corps.

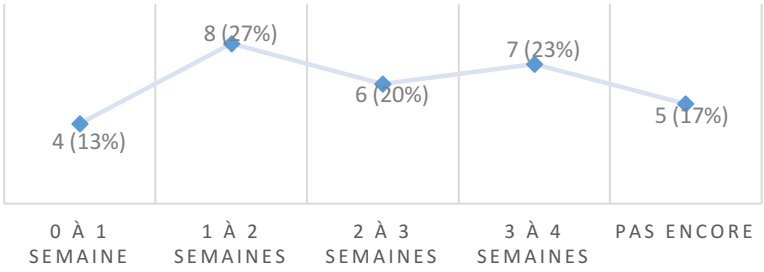


Figure 9 : Délai à partir duquel elles se sont senties mieux dans leur corps

De la même façon, nous avons comparé le délai à partir duquel les femmes se sont senties mieux dans leur corps avec les différentes caractéristiques. Pour chacune, nous n'avons pas trouvé de résultat significatif.

Tableau V : Se sentir mieux dans son corps en fonction des différentes caractéristiques

		Sentir mieux < 3 semaines	Sentir mieux ≥ 3 semaines	p
Age	< 30 ans	8	8	0,23
	≥ 30 ans	4	10	
IMC	< 25	2	8	0,23
	≥ 25	10	10	
Massage périnéal pendant grossesse	oui	2	3	1
	non	10	15	
ATB pendant le travail et/ou les suites immédiates	oui	5	8	0,88
	non	7	10	
Extraction instrumentale	oui	3	10	0,09
	non	9	8	
DA et/ou RU	oui	3	5	1
	non	9	13	
Poids du nouveau-né	< 4000g	10	17	0,39
	≥ 4000g	2	1	
Déchirures associées	oui	1	4	0,1
	non	11	14	
Complications en maternité	oui	2	3	1
	non	10	15	
Douleurs à J2	oui	10	16	1
	non	2	2	
Soins périnéaux à J2	1	6	5	0,39
	> 1	6	13	

3.5.5. Antalgiques

A domicile, 13 patientes (44%) ont pris des thérapeutiques antalgiques. 11 (37%) ont pris du paracétamol seul et 2 (7%) l'ont accompagné d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

21 patientes (70%) ont arrêté de prendre un traitement pour la douleur au cours de la première semaine. A 4 semaines, toutes les patientes ont cessé de prendre un traitement antalgique, à l'exception de la patiente traitée par Dafalgan Codéiné, au long cours.

Nous avons également comparé la prise ou non d'un traitement antalgique avec les différentes caractéristiques. Nous avons obtenu une différence significative en ce qui concerne la pratique d'une extraction instrumentale (p=0,01). Nous avons donc conclu que les femmes ayant une extraction instrumentale ont plus recours à un traitement antalgique que les femmes ayant accouché par voie basse spontanée. Pour le reste, nous n'avons pas obtenu de différence significative.

Tableau VI : Prise d'un traitement antalgique depuis le retour à domicile en fonction des différentes caractéristiques

		Antalgiques	Pas d'antalgiques	p
Age	< 30 ans	5	11	0,15
	≥ 30 ans	8	6	
IMC	< 25	3	7	0,51
	≥ 25	10	10	
Massage périnéal pendant grossesse	oui	1	4	0,35
	non	12	13	
ATB pendant le travail et/ou les suites immédiates	oui	7	6	0,3
	non	6	11	
Extraction instrumentale	oui	9	4	0,01*
	non	4	13	
DA et/ou RU	oui	4	4	0,69
	non	9	13	
Poids du nouveau-né	< 4000g	12	15	0,08
	≥ 4000g	1	2	
Déchirures associées	oui	2	3	0,85
	non	11	14	
Complications en maternité	oui	2	3	1
	non	11	14	
Douleurs à J2	oui	13	13	0,11
	non	0	4	
Soins périnéaux à J2	1	4	7	0,84
	> 1	9	10	

3.5.6. Rapport sexuels

A 1 mois, 7 femmes (23%) ont repris les rapports sexuels et pour 2 des 7 (29%) les rapports sexuels sont douloureux (ENS allant de 2 à 4). Parmi les 23 (77%) qui ne les ont pas encore repris, 20 (87%) citent l'épisiotomie comme principale cause.

En comparant la reprise des rapports sexuels avec les mêmes caractéristiques que les précédentes, nous n'avons pas trouvé de différence significative pour aucun des groupes.

Tableau VII : Reprise des rapports sexuels en fonction des différentes caractéristiques

		Rapports sexuels	Pas de rapports sexuels	p
Age	< 30 ans	6	10	0,08
	≥ 30 ans	1	13	
IMC	< 25	3	7	0,65
	≥ 25	4	16	
Massage périnéal pendant grossesse	oui	1	4	1
	non	6	19	
ATB pendant le travail et/ou les suites immédiates	oui	4	9	0,66
	non	3	14	
Extraction instrumentale	oui	2	11	0,43
	non	5	12	
DA et/ou RU	oui	4	4	0,11
	non	3	19	
Poids du nouveau-né	< 4000g	7	20	1
	≥ 4000g	0	3	
Déchirures associées	oui	1	4	1
	non	6	19	
Complications en maternité	oui	1	4	1
	non	6	19	
Douleurs à J2	oui	7	19	0,55
	non	0	4	
Soins périnéaux à J2	1	4	7	0,37
	> 1	3	16	

3.5.7. Incontinence et constipation

Incontinence :

A 1 mois, 4 patientes (13%) se plaignent d'incontinence urinaire, 1 (3%) d'incontinence aux gaz vaginaux et 1 (3%) d'incontinence aux gaz rectaux. Notons que pendant la grossesse, 1 patiente (3%) se plaignait d'incontinence urinaire et à J2 ce trouble concernait 4 patientes (13%).

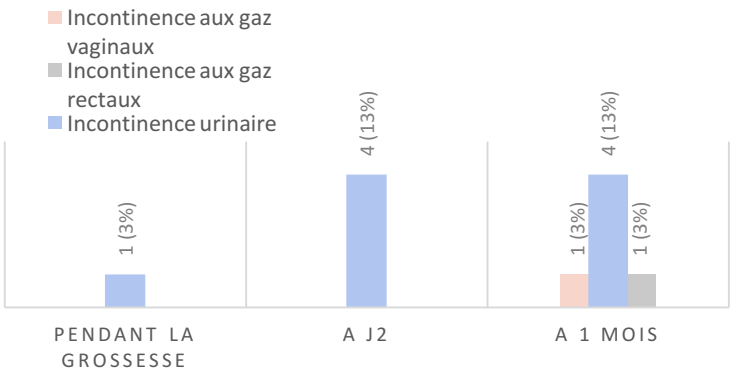


Figure 10 : L'incontinence au cours du temps

Constipation :

4 patientes (13%) ont été continuellement constipées pendant la grossesse, en maternité et au moins 2 semaines après l'accouchement.

Entre le retour à domicile et l'entretien téléphonique de 1 mois 12 patientes (40%) ont souffert de constipation et 5 d'entre elles ont dû prendre un traitement. A 1 mois, 2 patientes (7%) sont constipées.

3.5.8. Remarques :

A 1 mois, nous n'avons pas demandé aux femmes si elles avaient une remarque relative à leur épisiotomie. Cependant, 3 femmes ont désiré faire les remarques suivantes : « Je trouve qu'il y a des lacunes car à 10 jours, je n'ai plus de suivi. Il y a une grosse prise en charge au début et puis ensuite stop » ; « Ne me parlez plus d'accouchement, j'ai trouvé cela traumatisant » et « J'ai bien vécu mon épisiotomie à part la douleur au début ».

4. Analyse et discussion

4.1. **Discussion méthodologique :**

4.1.1. Points positifs de l'étude

Toutes les patientes ont été rencontrées et interrogées par une même personne lors de l'entretien en maternité et lors de l'entretien téléphonique 1 mois après leur accouchement.

Lors des entretiens, les patientes ont posé leurs questions et nous avons pu leur apporter conseils et réassurance. Dans leur majorité, les mères interrogées étaient ravies d'avoir une occasion de parler de leur épisiotomie et de leur périnée. On ne déclare aucun « perdu de vue » car tous les sujets ont répondu à l'appel téléphonique.

Le fait d'avoir réalisé des entretiens en maternité plutôt que d'avoir distribué des questionnaires nous a permis d'être au plus près de la source d'information et de planifier avec les patientes le rendez-vous téléphonique à 1 mois.

En maternité, la plupart des soins se déroulent le matin, laissant aux patientes l'après-midi plus « libre » afin de se reposer et d'accueillir leurs visites. Afin de respecter le bien-être des mères, et dans le but de ne pas précipiter les entretiens l'après-midi entre 2 visites, toutes les patientes ont été interrogées le matin. Cela a facilité l'attention des patientes pendant l'entretien.

4.1.2. Les difficultés rencontrées

Après une présentation devant le comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) le 24 juin 2015, un premier avis du CIER avec demande de modifications et de précisions a été reçu le 17 juillet 2015. L'avis définitif et favorable du CIER a finalement été accordé le 30 octobre 2015 [ANNEXE 1]. Un retard a donc été pris dans le démarrage de l'étude, repoussant ainsi sa planification dans le service où elle allait être menée. De plus, étant moi-même en stage à l'étranger jusque fin octobre, et le temps d'obtenir toutes les autorisations requises, notre étude a finalement commencé en décembre 2015.

Fin janvier, lors de la présentation de pré-mémoire, nous avons décidé de mettre fin à l'enquête afin de pouvoir commencer la rédaction du mémoire. Finalement, l'étude repris son cours en mars car l'échantillon était trop faible. Nous avons donc fait le choix de prolonger notre enquête et de présenter notre travail lors d'une seconde session. L'étude s'est alors achevée en mai 2016.

Malgré cette durée prolongée, notre effectif final est de 30 sujets, soit 60 entretiens menés.

4.1.3. Les biais et limites

Biais de sélection :

Etant en stage pendant l'enquête et effectuant tous les entretiens moi-même, toutes les patientes correspondant à nos critères n'ont pas été interrogées. Notre liste de patientes est donc non exhaustive.

De plus, le fait que nous étions plusieurs étudiants à viser une même population dans le même service mais pour des études différentes, nous avons été obligé de nous répartir certaines patientes.

Enfin, le fait d'exclure par choix les patientes ayant déjà eu une épisiotomie a pu modifier l'état des lieux à 1 mois. C'est la première fois que les sujets vivaient cette situation. L'inclusion de patientes ayant déjà expérimenté ce geste aurait peut-être modifié la tendance générale du vécu.

Biais de mesure :

Questionner les sujets après les avoir informés sur le motif l'enquête à pu modifier leur attention vis-à-vis de leur épisiotomie ou encore influencer l'écoute de leur corps.

L'indication de l'épisiotomie est non connue pour 4 patientes. De plus, le terme « épisiotomie prophylactique » renseigné dans la majorité des dossiers ne définit pas précisément l'indication de celle-ci.

Nous n'avons pas déterminé le délai à partir duquel le sujet pouvait se considérer constipé. Les patientes se sont donc déclarées constipées ou non selon leur libre appréciation.

4.2. **Analyse et discussion des résultats**

A 1 mois, la douleur appartient majoritairement au passé. 22 sujets soit 73% estiment ne plus avoir de douleur. Les thérapeutiques antalgiques ne sont plus d'actualité. La toilette périnéale est effectuée 1 fois par jour, lors de la douche (la médiane du nombre de soins périnéaux quotidien étant de 1 [1 ;1,75]). Le gel pour la toilette intime occupe une place importante dans la réalisation de ces soins. En effet, à 1 mois, 26 patientes (87%) continuent à en utiliser. Pratiquement toutes les patientes

semblent réconciliées avec leur périnée : 25 sur 30 disent « se sentir à nouveaux mieux dans leur corps ».

Nous avons néanmoins rapporté dans nos résultats 10 patientes ayant eu des complications de différentes gravités depuis leur sortie de maternité. Cela représente 1/3 de notre échantillon. 2 d'entre elles n'avaient d'ailleurs pas bénéficié du passage d'une sage-femme à domicile. Le PRADO semble être un bon moyen pour accompagner les mères à domicile, il est important de ne pas perdre de vue les femmes, après leur sortie de maternité. Une patiente a tout de même eu le sentiment d'avoir été beaucoup accompagnée à la maternité et au retour à domicile mais qu'après un sentiment d'abandon s'était fait ressentir.

Notre analyse nous a conduit à rechercher les moyens pouvant améliorer le vécu de l'épisiotomie à 1 mois. Nous les exposons dans les points suivants.

4.2.1. Le massage périnéal

Dans notre étude, nous avons 5 patientes ayant pratiqué le massage périnéal. Le rôle primordial du massage périnéal est une prise de conscience de la région du périnée. La pratique du massage périnéal permettrait-elle une meilleure connaissance du périnée, améliorant ainsi le vécu de l'épisiotomie ? Nos résultats n'ont pas montré de différence significative à 1 mois entre le groupe de patientes ayant pratiqué le massage périnéal et le groupe ne l'ayant pas pratiqué, en ce qui concerne la survenue de complications, la prise d'antalgiques, la douleur, le délai à partir duquel les femmes se sont senties mieux dans leur corps et la reprise des rapports sexuels [Tableaux III – VII]. Cependant, bien que non révélatrice de bénéfices, notre étude nous a permis de nous interroger sur les bienfaits de cette pratique.

Dans une revue de la littérature de la Cochrane, publiée en 2013, il est constaté que le massage périnéal prénatal réduit la probabilité d'avoir des traumatismes périnéaux, notamment les épisiotomies [14]. Dans son étude sur le massage périnéal prénatal [15], M. Rousselle met en évidence une augmentation de 9,8% des périnées intacts chez les patientes ayant pratiqué le massage périnéal. Elle précise également que le taux de périnées intacts augmente avec la fréquence du massage. Elle souligne aussi l'intérêt majeur de cette pratique chez les nullipares, chez qui le risque de déchirures et d'épisiotomie est accru. Tout cela appuie une étude de Labrecque et al [16], qui explique que cette pratique améliore les chances d'avoir un périnée intact chez les femmes accouchant pour la première fois par voie basse.

Une autre étude menée sur 763 femmes en 2001 s'intéresse au point de vue des femmes sur la pratique du massage [17]. Elle met en évidence que près des 80% des femmes qui ont pratiqué le massage périnéal ont dit qu'elles le referaient lors d'une autre grossesse, et que 87% recommanderaient la technique à d'autres femmes enceintes. Cette étude a également souligné l'évaluation positive par les femmes, des effets physiques et psychologiques du massage périnéal.

En 2015, S. Kopp et B. Tissot font la conclusion qu'il faudrait sensibiliser et éduquer les femmes à cette méthode de manière plus rigoureuse. Ils rapportent également que le massage périnéal, n'ayant montré aucun effet néfaste, devrait être systématiquement proposé aux femmes concernées. De plus, une explication précise de sa technique [ANNEXE 5] est importante, étant donné le lien entre l'observance et les chances d'avoir un périnée intact à l'accouchement [18]. Même si ce dernier s'accompagne d'une épisiotomie, la connaissance préalable du périnée peut très probablement améliorer le vécu de cette plaie.

4.2.1. La technique de réfection :

Dans notre étude la majorité de la réfection est faite en 3 plans et réalisée par un médecin ou un interne dans la moitié des cas. Le technique de l'épisiotomie ou de sa réfection ne dépend pas forcément du corps professionnel. On comptabilise 2 épisiotomies réparées par la méthode du surjet continu, les opérateurs étant des sages-femmes.

Le CNGOF recommande, sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu plutôt que les points séparés car il diminue significativement la douleur et le risque de déhiscence et procure également une plus grande satisfaction chez les patientes [6].

M. Dulinskie, en 2014, a constaté que les professionnels ne connaissent pas les avantages de cette technique et qu'il y a un manque de formation à cette pratique [19]. Rappelons également que la présence de déchirures associées, un contexte infectieux ou encore la survenue d'une hémorragie de la délivrance peuvent compromettre la faisabilité de cette technique. La technique du surjet continu présentant beaucoup d'avantages, il pourrait être intéressant de former les professionnels à cette technique de réfection.

Dans les témoignages recueillis par le CIANE pour son enquête sur les

accouchements [3], nous retrouvons à plusieurs reprises des patientes ayant souffert de la suture qu'elles jugeaient faites « à vif ». De nombreuses études ont été faites sur la mémoire de la douleur [20]. Les contractions et l'accouchement pouvant laisser un souvenir douloureux, il paraît important de ne pas rajouter à cela la douleur de la suture. Une anesthésie locale efficace pour la suture de l'épisiotomie semble primordiale dans les cas où la péridurale n'assurerait plus ce rôle. En supprimant cette éventuelle trace mnésique de la douleur, on pourrait améliorer le discours et donc le vécu des patientes, à distance de l'accouchement.

4.2.2. La douleur :

Notre étude relève que 8 femmes (27%) ont encore des douleurs périnéales à 1 mois. Dans son enquête sur les accouchements en 2013 [3], le CIANE rapporte que 38% des femmes ont souffert de leur épisiotomie pendant le premier mois. Dans ses recommandations pour la pratique clinique et concernant la douleur périnéale le CNGOF, après analyse des différentes études faites sur le sujet relève que les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent plus de douleurs périnéales dans le post-partum immédiat, que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1er ou 2ème degré. En revanche, cette différence n'existe plus à 3 mois de l'accouchement [2].

Nos résultats montrent une différence significative en ce qui concerne la prise d'antalgique depuis la sortie entre le groupe « voie basse spontanée » et le groupe « extraction instrumentale » (p=0,01). En effet, dans les recommandations pour la pratique clinique concernant les extractions instrumentales est mentionné que l'extraction instrumentale augmente les risques de douleurs périnéales, de dyspareunie et de troubles sexuels du post-partum, par rapport à la voie basse spontanée, et ce d'autant plus qu'il existe des déchirures périnéales [21]. En revanche, notre étude n'a pas montré de différence significative en ce qui concerne la douleur à 1 mois.

Objectivant une ENS supérieure 0, certaines femmes estiment tout de même avoir oublié la douleur. Cela peut laisser présager de l'évolution d'une douleur aigue en douleur chronique.

Notre étude nous a également montré que le principal motif de consultation d'un professionnel de santé était la douleur périnéale. 6 patientes ont consulté pour des douleurs et ont présenté une étiologie d'origine organique nécessitant une prise en charge.

Notre objectif secondaire était d'évaluer si la douleur à court terme (J2) était prédictive de la douleur à moyen terme (1 mois). Notre étude n'a pas montré de résultat significatif [Tableau IV]. Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les patientes douloureuses et non douloureuses à J2, en ce qui concerne la douleur à 1 mois.

Finalement, dans notre étude, la douleur périnéale n'est pas source de contrariété à 1 mois. Une information sur les moyens de soulager la douleur (thérapeutiques et petits moyens) est donc essentielle. Nous avons également remarqué qu'une douleur encore présente pouvait être considérée comme oubliée. Il semble donc important d'être attentif à la persistance de douleurs périnéales. La consultation post-natale suivie de la rééducation périnéale sont ainsi des occasions idéales pour aborder ce sujet, et ne pas laisser ces patientes vivre avec ces douleurs.

4.2.3. Rapports sexuels :

Nos résultats ont mis en évidence que sur les 23 femmes n'ayant pas repris les rapports sexuels à 1 mois, 20 (87%) ont cité l'épisiotomie comme principale cause. 4 d'entre elles ont également cité les saignements, en plus de l'épisiotomie. En effet, en 2012 J-M. Mayenga explique que différents éléments sont responsables d'une diminution de l'élan sexuel. Il cite la fatigue maternelle et paternelle, l'épisiotomie, les lochies, l'atonie musculaire et l'allaitement maternel [22].

Sur les 7 femmes ayant repris les rapports sexuels à 1 mois, 2 rapportent des douleurs lors de la pénétration. Une étude française menée par B. Langer et A. Minetti en 2006 montre que l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, mais ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement [23]. A l'inverse, une étude suédoise menée en 2008 conclut que l'épisiotomie affectait la vie sexuelle des femmes jusqu'à 2 ans après l'accouchement, en causant des dyspareunies et un manque de lubrification vaginale pendant les rapports [24].

Dans leur travail sur la sexualité du post-partum, C. Fabre-Clergue et H. Duverger-Charpentier notent que la qualité de la sexualité du post-partum dépend de celle durant la grossesse [25].

L'Organisation Mondiale de la Santé défini la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas

simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités ». Il est également précisé dans cette définition que : « la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien être et de la qualité de vie dans leur ensemble » [26].

Notre étude dressant un état des lieux à 1 mois, il est normal de retrouver peu de femmes ayant repris les rapports sexuels. Cela n'a pas semblé être problématique selon les sujets interrogés, l'épisiotomie étant une raison évidente à cette « non-reprise ». Certaines croyances invitent d'ailleurs les couples à observer une période d'abstinence pendant une durée bien établie. Il apparaît tout de même judicieux d'interroger et d'informer les femmes sur leur sexualité, mais surtout sur les modifications pouvant être causées par la naissance et la parentalité, pendant le suivi prénatal. De plus, un dépistage des dyspareunies lors de la rééducation périnéale en vue d'orienter les patientes vers un professionnel spécialisé pourrait améliorer le bien-être des femmes.

4.2.4. Information et consentement :

Au cours de cette étude, nous avons réalisé qu'il aurait été intéressant de demandé aux parturientes si un consentement préalable à l'épisiotomie avait été recueilli. Nous n'avons donc pas de réels résultats à ce sujet. En revanche, lorsque nous avons demandé aux femmes comment elles avaient vécu l'épisiotomie au moment de l'accouchement, elles accompagnaient souvent leur réponse d'une phrase du type « je ne savais pas qu'on m'en avait faite une, c'est au moment de recoudre que j'ai réalisé ».

Dans son enquête sur les accouchements en 2013 [3], le CIANE à mis en évidence le lien entre souffrance due à l'épisiotomie et consentement. En effet, les patientes à qui on a demandé un consentement et qui ont accepté sont moins nombreuses à avoir souffert de leur épisiotomie que les patientes à qui on ne l'avait pas demandé.

Le CIANE remarque un autre élément important : les femmes ayant eu une épisiotomie se considèrent moins informées sur le sujet que les femmes n'en ayant pas eu. La nature des informations manquantes n'est malheureusement pas connue.

Afin d'améliorer le vécu de l'épisiotomie, la demande de consentement devrait être effectuée. De plus, la loi de 2002 sur les droits des patients précise qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » (L-1111-4 du Code de la Santé Publique).

En pratique, il est difficile de recueillir ce consentement au moment de l'expulsion, l'épisiotomie ne pouvant être anticipée ni différée. C'est pourquoi la préparation à la naissance et à la parentalité paraît être un moment privilégié pour aborder le sujet. Notre étude a d'ailleurs montré une grande participation de la part des parturientes à ces séances. Un autre moment semble être opportun pour recueillir ce consentement : le suivi du travail. En ce qui concerne l'information, il serait intéressant de questionner les femmes sur ce qu'elles auraient aimé savoir de plus afin d'apporter aux suivantes le discours le plus adapté possible.

5. Conclusion

Réaliser cette étude nous a permis d'établir un état des lieux du devenir à 1 mois de 30 patientes ayant eu une épisiotomie, sur le plan physique et psychologique.

Les réponses aux questions posées lors de l'entretien téléphonique dressent un tableau positif quant au devenir de ces patientes à 1 mois. Finalement, cette interruption dans le suivi des mères entre le PRADO et la consultation post-natale ne semble pas être délétère.

Notre étude n'a pas montré que la douleur à court terme était prédictive de la douleur à moyen terme. Notre échantillon étant faible, il serait intéressant de rechercher ce lien sur un échantillon de taille plus importante pour obtenir un résultat représentatif de la population.

Plus qu'un état des lieux, cette étude nous a interrogé sur les moyens à mettre en place afin d'améliorer le vécu de l'épisiotomie, que ce soit à court, moyen ou long terme.

Tout d'abord, le massage périnéal semble être une des solutions. Même si une épisiotomie est pratiquée, se « familiariser » avec son périnée permettrait d'avoir un recul différent dans les suites de l'accouchement.

La technique de réfection de l'épisiotomie a également une grande importance. Peu pratiquée, une sensibilisation des professionnels à la technique « un fil, un nœud » pourrait permettre d'améliorer l'impact de l'épisiotomie.

L'anesthésie pendant la réfection nous paraît primordiale. Il est donc important de veiller à ne pas ajouter ce souvenir douloureux à tous les autres (contractions, expulsions, tranchées, douleurs périnéales en maternité…).

La douleur ne doit pas être négligée que ce soit à la maternité ou après le retour à domicile. Les patientes doivent être informées sur les solutions à mettre en place pour les soulager. De plus, il est nécessaire de surveiller une éventuelle évolution de la douleur aigue en douleur chronique lors du suivi ultérieur des patientes (lors de la rééducation périnéale par exemple).

Il serait raisonnable d'informer les patientes sur les possibles modifications entraînée par la naissance sur leur sexualité.

L'information et le consentement à l'épisiotomie sont des facteurs influençant le vécu de celle-ci. Comme nous l'avons exposé dans l'analyse, l'expulsion n'est pas le meilleur moment pour obtenir ce consentement, mais le suivi du travail se prête bien à cette discussion.

Tous ces éléments pourraient, ensemble, adoucir les conséquences de l'épisiotomie.

6. Références Bibliographiques

1. Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville E, Delamare L, Péquignot H. Dictionnaire illustré des termes de médecine Garnier-Delamare. 31e édition. Paris : Maloine; 2012. 1088 p.

2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'épisiotomie - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf

3. CIANE. Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes – Enquête sur les accouchements [Internet]. 2013 nov p. 25. Report No. 6. Disponible sur : http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf

4. Lansac J. Épisiotomie et déchirures du périnée. Pratique de l'accouchement [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 1 juill 2016]. p. 449‑62. Disponible sur : http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294096747000302

5. Iaconelli J. Le recours à l'épisiotomie : déterminants de la pratique des sages-femmes. Étude à la maternité de Port-Royal. 29 avr 2014; 99.

6. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. févr 2006; 35 : 40‑51.

7. Nicolle C. Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers. Etude prospective réalisée sur 231 patientes au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. 2012.

8. Reinbold D, Éboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. févr 2012;41(1):62‑8.

9. Vazquez M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies [Internet]. 2008 [cité 9 juill 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2008_VAZQUEZ_MARIE.pdf

10. Cohen J. L'accouchement par césarienne privilégié au Brésil : une « mode » dangereuse et inquiétante [Internet]. leplus.nouvelobs.com. [cité 25 juillet 2016]. Disponible sur: http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1334141-l-accouchement-

par-cesarienne-privilegie-au-bresil-une-mode-dangereuse-et-inquietante.html

11. Assurance Maladie. La maternité : Retour à domicile après un accouchement [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-lille-douai/vous-informer/la-maternite/retour-a-domicile-apres-un-accouchement_lille-douai.php

12. Assurance Maladie. Votre suivi médical après l'accouchement [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/votre-bebe-est-ne-prenez-soin-de-lui-et-de-vous/votre-suivi-medical-apres-l-accouchement_lille-douai.php

13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Hémorragies du post-partum immédiat - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM

14. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 9 juill 2016]. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005123.pub3

15. Rousselle M. Le massage périnéal prénatal. Université d'Angers; 2012.

16. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. mars 1999;180(3 Pt 1):593‑600.

17. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1 mai 2001;108(5):499‑504.

18. Kopp S, Tissot B. Doit-on systématiquement pratiquer le massage périnéal pendant la période du prénatal ? [Internet]. Haute école de santé Genève; 2015 [cité 10 juill 2016]. Disponible sur: http://doc.rero.ch/record/257371

19. Dulinskie M. Les freins au changement de technique de suture « un fil, un noeud » des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens du Limousin. Université de Limoges; 2014.

20. Laurent B. Mémoire de la douleur. Revue de neuropsychologie. 2001;11(2):197-217.

21. Beucher G. Recommandations pour la pratique clinique. Complications maternelles des extractions instrumentales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2008;37(8):S244-59.

22. Sexualité du post-partum. Février 2012;(369). Disponible sur: http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18216.pdf

23. Langer B, Minetti A. L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. EM-Consulte [Internet]. Elsevier Masson. 2006 [cité 25 juill 2016]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/118010/resume/l-episiotomie-complications-immediates-et-a-long-t

24. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecol Obstet Invest. 2008;66(1):1‑7.

25. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. La Revue Sage-Femme. déc 2008;7(6):301‑4.

26. Définition [Internet]. 2016 [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition

27. Laboratoire Weleda. Guide de Massage Maman, 2015. [Consulté le 10/07/2016]. Disponible à partir de : URL : http://masflores66.com/wp-content/uploads/2015/02/Guide_Maternite-massage.pdf

ANNEXE 1

Autorisation du comité interne d'éthique de la recherche médicale pour mener l'étude

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2015-06-05
Intitulé de la recherche : L'épisiotomie : un mois après
Investigateur ou responsable du projet : Madame Garance Lacaille
Promoteur : GHICL
Lieu où se déroule la recherche : Service de Suites de Naissances de l'Hôpital Saint Vincent de Paul

Documents modifiés sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...) : Grille CIER ; Note d'information patient, grille d'entretien, protocole

Date de réunion du bureau restreint comité d'éthique : 30/10/2015

Personnes ayant délibéré :
- ✓ Le président de la CME du GHICL : Professeur Decoster
- ✓ Le responsable du DRM et/ou le responsable adjoint du DRM: Mme Demilly
- ✓ Un expert médical : Docteur Baumelou

Avis du comité d'éthique du GHICL

Les demandes de modifications et les recommandations du CIER émises lors de la session du 24/06/2015 ayant été prises en compte, le bureau restreint du CIER délivre à cette étude un :

Avis favorable sans restriction

Le président du comité d'éthique du GHICL
Nom : Dr Elisabeth Baumelou
Date : 30/10/15
Signature :
Pr Demilly Magali

DEMILLY Magali
Responsable Adjoint du DRM
Département de la Recherche Médicale
GHICL-FMM
Hôpital Saint Philibert
Rue du Grand But - BP 249 - 59462 Lomme Cedex
Tél. : 03 20 22 52 69 - Fax : 03 20 22 57 67

Le président de la CME du GHICL
Nom : Pr A. Decoster
Date : 30/10/15
Signature :

ANNEXE 2

Autorisation de la sage-femme coordinatrice pour mener l'étude dans son service

FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maïeutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
fim-maieutique@univ-catholille.fr

LES FACULTES DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE & MAÏEUTIQUE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT **NOM - Prénom :** LACAILLE - Garance	**Date de la demande :** 11/15

DEMANDE

Sujet de la recherche :

L'épisiotomie un mois après

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Saint Vincent de Paul à Lille
Service	Suites de Naissance
Période de l'étude	
Modalités de l'étude	Questionnaire ☐ Entretiens ☒ Recueil de données ☒ Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	Dr A. Hauzé de l'Aulnoit	Christiane Roux
Qualité :	PH Gynécologie	Professeur Maïeutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	FERRANT Laurence	
Qualité :	Sage-femme coordinatrice	
Signature :	Ferrant	

Remarques :

ANNEXE 3

Grille de recueil de donénes

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

DOSSIER OBSTETRICAL

Date du recueil :

GENERALITES

- **Age** : ……..
- **Parité** : ……...
- **IMC avant la grossesse** : ……. **Prise de poids pendant la grossesse** : …….
- **Notion de diabète :** oui ✐ non ✐
- **Antécédent de périnée cicatriciel** (hors épisiotomie) **:** oui ✐ non ✐

L'ACCOUCHEMENT

- **Contexte infectieux durant l'accouchement et/ou les suites de couches immédiates** :

  ATB : oui ✐ non ✐ Lequel : …… Etiologie : ……..

  Hyperthermie > 38°C : oui ✐ non ✐

  Température si hyperthermie : …….

- **Type d'anesthésie** : ……

- **Durée des efforts expulsifs** : ……..

- **Aide à l'expulsion** : forceps de Tarnier ✐ forceps de Pageot ✐

  Spatule de Thierry ✐ ventouse ✐ autres : ……..

- **Variété de position à l'expulsion :** OP✐ OS ✐ Podalique ✐ autre : …….

- **Position d'accouchement :** ……

- **Pratique d'une DARU** : oui ✐ non ✐

- **Poids du nouveau-né** : ……..

L'EPISIOTOMIE

- **Indication de l'épisiotomie** : ……

- **Type d'épisiotomie** : ……..

- **Opérateur de l'épisiotomie** : Médecin ✐ Interne ✐ Sage-femme ✐ ESF ✐

- **Déchirures associées** :

  oui ✐ non ✐

  Si oui lesquelles : ……

- **Technique de réfection :** 3 plans séparés ✐ surjet continu ✐

- **Quantification des pertes sanguines en salle de naissance :** ……..

LES SUITES IMMEDIATES

- **Antalgiques :**

  oui ✐ non ✐

  Si oui : palier I ✐ palier II ✐

  Durée : ……

- **EVA** :

  après la suture : ……

  à la sortie du bloc : ……

LES SUITES DE NAISSANCE

- **Antibiothérapie en suites de naissance** : oui ✐ non ✐

  Si oui, étiologie : ……..

- **Prise d'antalgiques** : oui ✐ non ✐

  Si oui : Palier I ✐ Palier II ✐

  Durée de la prise : ……..

- **Complications de l'épisiotomie** : oui ✐ non ✐

Si oui : œdème ✐ hématome ✐ douleur intense ✐ désunion ✐ infection ✐

- **Notion de constipation liée à l'épisiotomie** : oui ✐ non ✐
- **Incontinence** : oui ✐ non ✐

Si oui : urinaire ✐ aux gaz ✐ anale ✐

- **Saignements** : normaux ✐ abondants ✐ autres : ……

ENTRETIEN SUITES DE NAISSANCE A J2

- **Participation à des cours de PNP :** oui ✐ non ✐

- **Pratique du massage périnéal pendant la grossesse :** oui ✐ non ✐

- **Vécu de l'épisiotomie** :

A l'accouchement : bien ✐ assez bien ✐ mal ✐ très mal ✐

Maintenant (J2) : bien ✐ assez bien ✐ mal ✐ très mal ✐

- **Peur de la plaie** :

A l'accouchement : très peur ✐ un peu ✐ pas du tout ✐

Maintenant (J2) : très peur ✐ un peu ✐ pas du tout ✐

- **Douleur de l'épisiotomie** :

Aucune ✐ Insupportable ✐ EVA : 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Circonstances : mobilisation ✐ assise ✐ debout ✐ port de vêtements ✐ soins au nouveau-né ✐ autres : ……..

- **Soins périnéaux** :

Nombre par jour : ……..

Après chaque passage aux toilettes : oui ✐ non ✐

Utilisation d'un savon pH neutre : oui ✐ non ✐

Peur d'effectuer le soin périnéal : oui ✐ non ✐

- **Connaissance de l'étiologie de l'épisiotomie** : oui ✐ non ✐

Si oui : ……

- **Hors grossesse, suivi gynécologique régulier** : oui ✐ non ✐

- **Constipation pendant la grossesse :** oui ✐ non ✐
- **Incontinence pendant la grossesse** : oui ✐ non ✐

ENTRETIEN TELEPHONIQUE A 1 MOIS :

- **Douleur de l'épisiotomie** :

A 2 semaines : Aucune ✐ Insupportable ✐ EVA :
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Circonstances : mobilisation ✐ assise ✐ debout ✐
port de vêtements ✐ soins au nouveau-né ✐ autres :
……..

Maintenant : Aucune ✐ Insupportable ✐ EVA :
0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Circonstances : mobilisation ✐ assise ✐ debout ✐
port de vêtements ✐ soins au nouveau-né ✐ autres :
……..

A partir de quand vous êtes vous sentie mieux ?

1 semaine ✐ 2 semaines ✐ 3 semaines ✐ 4 semaines ✐

A partir de quand avez-vous oublié la douleur ?

1 semaine ✐ 2 semaines ✐ 3 semaines ✐ 4 semaines ✐

- **Soins périnéaux :**

A 2 semaines :

Nombre par jour : ……..
Après chaque passage aux toilettes : oui ✐ non ✐
Utilisation d'un savon pH neutre : oui ✐ non ✐
Peur d'effectuer le soin périnéal : oui ✐ non ✐

Maintenant :

Nombre par jour : ……..
Après chaque passage aux toilettes : oui ✐ non ✐
Utilisation d'un savon pH neutre : oui ✐ non ✐
Peur d'effectuer le soin périnéal : oui ✐ non ✐
Arrêt des soins périnéaux : oui ✐ non ✐
Si oui, quand : ……

- **Prise d'antalgiques** :

oui ✐ non ✐

Si oui, palier I ✐ palier II ✐

Durée de la prise : ……..

- **Constipation liée à l'épisiotomie** :

oui ✐ non ✐

Si oui, jusqu'à combien de temps depuis la sortie de la maternité : ……

Si oui, prise d'un traitement : oui ✐ non ✐

- **Saignements** :

Arrêt des saignements : oui ✐ non ✐

Si oui, date de l'arrêt : 1 semaine ✐ 2 semaines ✐ 3 semaines✐ 4 semaines ✐

- **Consultation chez un professionnel** :

oui ✐ non ✐

Si oui, lequel : urgences ✐ médecin traitant ✐ sage-femme ✐ gynécologue ✐

Motif de la consultation : ……

- **Passage d'une sage femme à domicile** :

oui ✐ non ✐

Si oui, approche de l'épisiotomie pendant le passage de la sage-femme : oui ✐ non✐

Nécessité de montrer l'épisiotomie : oui ✐ non ✐

Problèmes : œdème ✐ désunion ✐ hématome ✐ infection ✐

- **Reprise des rapports sexuels** :

oui ✐ non ✐

Douleur lors des rapports : aucune ✐ insupportable ✐

EVA : 1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

Motif de la non-reprise : épisiotomie ✐ autre ✐

ANNEXE 4

NOTICE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE NON OPPOSITION

« L'épisiotomie : un mois après »
Enquête auprès d'accouchées de la maternité Saint Vincent de Paul sur le devenir de leur épisiotomie, un mois après leur accouchement.

Numéro de protocole : BDDXXXX
Investigateur principal : LACAILLE Garance, étudiante sage-femme à la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique, 56 rue du Port 59000 Lille

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme, Garance Lacaille vous propose de participer à une étude, dans le cadre de la réalisation de son mémoire de sage-femme intitulé « L'épisiotomie : un mois après ».
Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.
Vous pourrez à tout moment durant la recherche, vous adresser à cette étudiante pour lui poser toute question complémentaire.
Le but de cette étude est une observation d'une cohorte de femmes ayant eu une épisiotomie, il n'est pas question d'une enquête intrusive dans votre vie personnelle.
Toutes les informations recueillies seront anonymisées.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de définir sur un échantillon représentatif mais anonymisé, l'impact physique et psychologique de l'épisiotomie à un mois de l'accouchement.

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

L'étude va se dérouler en trois temps :

1. Tout d'abord, l'investigateur de l'étude va recueillir dans votre dossier obstétrical, des données relatives à votre grossesse et à votre accouchement.

2. Ensuite, durant votre séjour dans la maternité de l'hôpital Saint Vincent de Paul, un premier entretien d'une vingtaine de minutes vous sera proposé. Il aura lieu en journée et dans votre chambre.

3. Enfin, un second entretien aura lieu un mois après. Il sera téléphonique et durera également une vingtaine de minutes.

Toutes les données recueillies dans votre dossier et lors des entretiens seront reportées sur une grille de recueil, mais elle sera totalement anonyme.

BENEFICES POSSIBLES

Cette étude vous donnera l'occasion de parler de vos inquiétudes par rapport à votre périnée et votre épisiotomie.
L'entretien téléphonique sera un moment privilégié pour échanger avec l'investigateur sur cette cicatrice périnéale.
Si un problème relatif à votre épisiotomie est constaté, l'étudiante pourra vous orienter vers un professionnel de santé.

EFFETS INDESIRABLES ET CONTRAINTES PREVISIBLES

Vous n'encourez aucun risque en acceptant de participer à cette étude.

La seule contrainte serait éventuellement un trouble, en cas de visite dans votre chambre.
Les entretiens ne pouvant se dérouler qu'entre l'investigateur de la recherche et vous.

PRISE EN CHARGE EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION DU PATIENT

Votre refus de participation ne modifiera en rien votre prise en charge habituelle.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consistera à donner votre accord pour l'utilisation des données recueillies dans votre dossier et à répondre à des questions posées par l'investigateur de l'étude lors des deux entretiens.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.
Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du

Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche, selon votre choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche. Vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision et sans engagement de votre responsabilité. Vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge ne seront affectées par votre décision.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois la recherche terminée, les données collectées seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée.
Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas à vous adresser à l'étudiante sage-femme en charge de l'étude :
Mlle LACAILLE Garance Tél : 06.38.93.17.66

ANNEXE 5

Critères de jugement

Caractéristiques maternelles :

Age

Parité

Indice de Masse Corporelle avant grossesse

Antécédent de périnée cicatriciel, de kyste de Bartholin et de condylome

Suivi gynécologique régulier

Caractéristiques de la grossesse :

Prise de poids pendant la grossesse

Notion de diabète gestationnel

Pratique du massage périnéal pendant la grossesse

Notions de constipation et d'incontinence (urinaire, aux gaz, aux selles)

Participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Caractéristiques de l'accouchement :

Contexte infectieux, hyperthermie et antibiothérapie

Type d'analgésie

Position d'accouchement

Variété de position fœtale à l'expulsion

Aide à l'expulsion

Durée des efforts expulsifs

Pratique d'une délivrance artificielle (DA) et/ou d'une révision utérine (RU)

Quantification des pertes sanguines

Poids de naissance du nouveau-né

Caractéristiques de l'épisiotomie :

Indication

Type

Opérateur

Déchirures associées

Technique de réfection

Complications en suites de naissances, à 2 semaines puis à 1 mois de l'accouchement

Consultation d'un professionnel de santé au sujet de l'épisiotomie

Douleur :

Evaluation chiffrée par l'Echelle Numérique Simple (ENS) à l'accouchement, en suites de naissances, à 2 semaines et à 1 mois.
Prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires
Circonstances de survenue de la douleur

Caractéristiques relatives au vécu de la patiente :
Vécu de l'épisiotomie
Peur de la plaie
Peur d'aller à la selle à cause de l'épisiotomie
Délai à partir duquel la femme s'est sentie mieux dans son corps
Délai à partir duquel la femme a oublié une éventuelle douleur
Remarques personnelles

Autres :
Soins périnéaux (nombre, type de savon) en suites de naissances, à 2 semaines et à 1 mois de l'accouchement
Visualisation de l'épisiotomie par une sage-femme lors du séjour en maternité
Remarques au sujet de l'épisiotomie
Passage d'une sage-femme à domicile
Reprise des rapports sexuels
Constipation
Hémorroïdes
Connaissance de l'étiologie de l'épisiotomie

ANNEXE 6

Document expliquant la technique du massage périnéal [27]

Le massage du périnée

Le massage du périnée peut se pratiquer seule ou à 2 en fonction de votre désir, de votre sensibilité et de votre souplesse. Dans tous les cas, si vous souhaitez le partager avec votre compagnon, il est souhaitable de commencer d'abord toute seule.
Il est inutile de le masser avant le début du 8ème mois. Sachez qu'en aucun cas vous ne pouvez mal faire.
Pour ce massage, il est souhaitable au préalable de vider la vessie et le rectum, de laver le périnée externe et les mains. Il se pratique durant 2 à 3 minutes tous les jours, du congé de maternité jusqu'aux premières contractions du travail. Par ailleurs, les exercices de contraction/relâchement du périnée se pratiquent dans cette même période : de 20 à 40 exercices par jour.

Choisissez un lieu calme, familier et intime. Pour être à l'aise, créez une ambiance rassurante et relaxante (musique, lumière douce, chaleur). Préparez une serviette et un coussin (à placer sous votre bassin) et l'Huile de Massage du périnée.

Choisissez votre position : demi-assise si c'est votre compagnon qui vous masse, debout les genoux pliés et écartés en vous accoudant sur une table ou debout un pied sur la baignoire penchée sur votre cuisse ou encore accroupie dans une position qui facilite la pose d'un tampon par exemple.

Pour la position demi-assise (c'est le compagnon qui vous masse)
Installez-vous sur un lit en position de grenouille demi-assise. La tête et le dos se reposent sur un dossier incliné (ou un montage de coussins) ; le bassin est basculé « sexe regarde le ciel » pour effacer la cambrure du dos ; il est parfois utile de placer un coussin sous les fesses pour favoriser cette bascule du bassin. Les genoux sont repliés et légèrement écartés, reposant sur des coussins. Ajustez cette position et respirez profondément.

Pour les autres positions qui vous permettent l'automassage, dans tous les cas, au préalable, testez toutes ces variations pour choisir celle qui est la plus confortable, la plus sécurisante : celle où votre périnée est facile d'accès.

Faites un profond soupir, détendez-vous.

Étaler l'Huile de Massage du périnée avec la surface des doigts sur la peau du périnée entre l'anus et le vagin puis remonter en mouvements circulaires le long des lèvres et à l'entrée du vagin. La texture de votre vulve et celle de votre vagin ont probablement changé.
Ces transformations anatomiques se rétabliront quelques semaines après l'accouchement.

EFFLEURAGE

Massage externe et interne

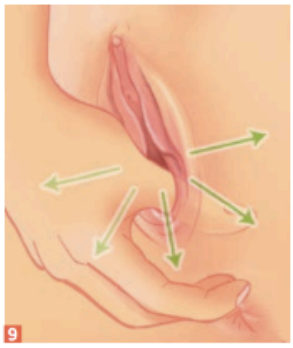
Placez votre pouce à l'intérieur du vagin jusqu'à la première jointure, l'index et le majeur sur la peau juste au dessus de l'anus. Exercez des petits mouvements circulaires sur la peau de 3 heures à 9 heures 8.

Puis pendant une minute, faites des mouvements de balancier de «3h à 9h», à l'intérieur et à l'extérieur en appuyant un peu plus 8. Prenez le temps de respirer calmement et d'apprivoiser en douceur ces nouvelles impressions...
Avancez maintenant votre pouce de toute sa longueur dans le vagin. Vous pouvez procéder aux pressions/étirements.

PRESSIONS EN RAYONS DE SOLEIL

Massage interne

Ces massages font émerger des impressions particulières s'apparentant à une envie d'aller à la selle, à une légère brûlure, à une douleur ou à une ouverture. Ces sensations sont normales et disparaissent au bout de deux semaines de massage. Dès que vous vous sentez prête et parfaitement détendue, faites un soupir...



Dès que la pression devient désagréable, ne progressez plus et maintenez l'appui. Prenez votre temps, respectez-vous. Prenez conscience de cette résistance naturelle (qui limiterait la descente du bébé lors de sa naissance) et respirez calmement et profondément en relâchant l'anus pour inhiber ce réflexe. Alors la pression du doigt peut aller doucement plus loin, jusqu'au prochain réflexe. Considérez les différences de sensation entre celle où le périnée est contracté et celle où vous le relâchez grâce à votre volonté.
Ainsi, progressivement vous apprivoisez votre périnée et vous lui apportez de pouvoir s'étirer au-delà de ses limites habituelles.

En expirant, exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (à « 6 heures ») 8. Observez les sensations. Probablement que votre anus s'est contracté dans un réflexe dit défensif. En effet, le périnée réagit à la pression comme si c'était une selle qui descendait subitement afin de la contenir.

Plus vous pratiquerez, plus vous sentirez vos capacités de relâchement et d'assouplissement s'améliorer. Selon vos perceptions, vous pourrez évoluer au fil des jours vers les pressions en rayons de soleil. (Faites de même vers 3h, 4h30, 7h30 et 9h) 8 9.

Après plusieurs entraînements aux pressions, vous pouvez progresser vers les étirements, car bébé au moment de sa naissance, avancera en repoussant les tissus du périnée 11.

À ce moment-là, se produiront à la fois une forte pression et un important étirement de l'anus, accompagné le plus souvent d'une irrépressible envie de pousser et/ou d'une sensation d'écartement plus ou moins douloureuse. Il sera alors nécessaire de relâcher l'anus volontairement tout en poussant l'enfant à naître.

En pratiquant quotidiennement les massages étirements 10, vous vous familiarisez avec ces sensations, qui de « douleurs » deviendront « repères » :

« Ça y est, je sens que le bébé va naître : je peux pousser et je relâche l'anus ».

PRESSIONS-ETIREMENTS

10 C'est la technique de pression (1) que vous prolongez en étirant (2) les tissus par glissement du pouce vers l'extérieur (pression (1) + étirement (2) simultané).

- expirez et exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (à 6h)
- inspirez et maintenez l'appui
- expirez à nouveau et avancez votre pouce vers l'extérieur pour déplisser le périnée un peu comme un accordéon qui s'ouvre (2).

Avancez jusqu'à ce que le pouce s'extériorise.

Beaucoup de femmes expriment une sensation de brûlure qui disparaît au bout d'une quinzaine de jours de massage quotidien.

Lorsque vous arrivez au niveau de la peau qui s'étire, la sensation est plus aigüe ; relâchez bien votre anus et terminez le mouvement. Faites ceci dans toutes les directions 3h, 4h30, 7h30 et 9h.

Petit à petit, des liens entre votre cerveau et votre périnée se tissent pour vous dévoiler une conscience de votre musculature intime et acquérir la maîtrise de celle-ci. D'un réflexe défensif, vous cheminez vers une réponse d'ouverture.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

TITRE :

L'épisiotomie : un mois plus tard
Etude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes

AUTEUR :

Garance LACAILLE
Sous la direction du Dr Agathe HOUZE DE L'AULNOIT

MOTS CLES :

Episiotomie, Vécu, Post-partum, Périnée, Douleur

RESUME :

Introduction :

L'épisiotomie n'est pas un acte anodin pour les femmes. La surveillance de leur périnée est effectuée en maternité, à domicile dans les premiers jours du post-partum et lors de la consultation post-natale qui a lieu entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux du devenir physique et psychologique des femmes ayant eu une épisiotomie à 1 mois de l'accouchement. L'objectif secondaire est d'évaluer si la douleur périnéale à court terme (J2 du post-partum) est prédictive de la douleur périnéale à moyen terme (1 mois du post-partum).

Méthode :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes. Les sujets ont été interrogé à J2 de leur accouchement (entretien individuel) et à 1 mois (entretien téléphonique). Il s'agissait de patientes, primipares ou multipares, ayant présenté un accouchement d'un enfant unique par voie basse spontanée ou instrumentale, en présentation céphalique pour lequel une épisiotomie avait été pratiquée. Les parturientes ayant déjà eu une épisiotomie ont été exclues de l'étude.

Résultats :

Les femmes ayant accouché par extraction instrumentale ont plus recours à des antalgiques à domicile que les autres. A 1 mois de l'accouchement, 22 femmes n'ont plus de douleur due à l'épisiotomie, toutes ont cessé de prendre un traitement antalgique, 10 ont eu des complications depuis le retour à domicile et 5 ne se sentent toujours pas mieux dans leur corps. Le nombre de soins périnéaux quotidien est de 1 par jour. 7 patientes ont repris les rapports sexuels.

La douleur à court terme n'est pas prédictive de la douleur à moyen terme ($p=0,55$).

Conclusion :

Nous dressons un bilan positif du devenir physique et psychologique des femmes à 1 mois. Nous avons pu mettre en évidence des facteurs pouvant améliorer le vécu de l'épisiotomie à court, moyen et long terme.