



HAL
open science

Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l'épisiotomie

Élodie Delafoy

► **To cite this version:**

Élodie Delafoy. Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l'épisiotomie. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01585485

HAL Id: dumas-01585485

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01585485v1>

Submitted on 11 Sep 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.



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

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

Présenté et soutenu publiquement

Le : 22 mai 2017

Par

Elodie DELAFOY

Née le 9 Février 1993

Informations reçues et vécu des femmes :
à propos de l'épisiotomie

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame SAUVEGRAIN Priscille Sage-femme La Pitié et chercheur en sociologie, Inserm U1153

JURY :

Madame BAUNOT Nathalie Sage-femme coordinatrice réseau périnatal de Paris

Madame DUQUENOIS Sylvie Sage-femme enseignante Baudelocque

Monsieur DELORME Pierre CCA, Gynécologue Obstétricien Port-Royal

Mémoire n°2017PA05MA09

Remerciements

Je remercie avant tout Madame Priscille Sauvegrain, ma directrice de mémoire, pour toute l'aide qu'elle m'a apportée au cours de ce travail, pour son écoute et sa patience.

Merci infiniment aux patientes qui ont accepté de participer à mon étude.

Je remercie l'ensemble de l'équipe enseignante pour la formation qu'elle m'a dispensée durant ces quatre années d'étude. Merci notamment à Madame Vérot pour son soutien et son écoute qui m'ont été d'un grand réconfort dans mes moments de doute.

Merci à toute ma promotion, et plus particulièrement Anna et Camille qui m'ont accompagnée tout au long de mes études de sage-femme.

Je remercie tout particulièrement François qui partage ma vie depuis maintenant quelques années. Merci d'avoir cru en moi jusqu'au bout, de m'avoir empêché d'abandonner. Merci de m'aimer.

Merci à mes parents, ma sœur, mes grands-parents et mon oncle qui n'ont jamais douté de moi et qui m'ont soutenue dans mes choix.

Merci à mes amis d'avoir été auprès de moi durant toutes ces années. Merci pour vos sourires.

Merci également aux sages-femmes qui m'ont transmis tout leur savoir et qui m'ont fait confiance.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	4
Liste des tableaux	6
Liste des figures	7
Liste des annexes	8
Introduction	9
1 L'épisiotomie.....	11
1.1 Généralités sur l'épisiotomie	11
1.1.1 Définition	11
1.1.2 Epidémiologie	11
1.1.3 Anatomie du périnée	12
1.1.4 Techniques de réalisation de l'épisiotomie	14
1.1.5 Suture de l'épisiotomie	15
1.1.6 Complications de l'épisiotomie	17
1.1.7 Soins de l'épisiotomie.....	18
1.2 Histoire de l'épisiotomie	18
1.2.1 D'hier... ..	18
1.2.2 ... A aujourd'hui	20
2 Matériel & méthode	22
2.1 Problématique et objectifs.....	22
2.1.1 Problématique	22
2.1.2 Objectif principal	22
2.1.3 Objectif secondaire.....	22
2.1.4 Hypothèses	22
2.2 Présentation du terrain et méthode de recueil de données.....	23
2.2.1 Le choix du lieu d'enquête	23
2.2.2 Les entretiens	24
2.3 L'analyse des résultats.....	25
3 Analyse des entretiens	26
3.1 Caractéristiques de la population d'étude	26
3.2 Analyse des résultats.....	26

3.2.1	Qu'est-ce que l'épisiotomie ?	26
3.2.2	Les informations reçues tout au long du suivi.....	27
3.2.2.1	L'information à propos de l'épisiotomie avant la grossesse	27
3.2.2.2	Les informations à propos de l'épisiotomie pendant le suivi de la grossesse	29
3.2.2.3	Les informations à propos de l'épisiotomie en salle de naissance .	30
3.2.2.4	Les informations à propos de l'épisiotomie en suites de couches..	31
3.2.3	Le vécu de l'épisiotomie	33
3.2.3.1	En salle de naissance	33
3.2.3.2	A deux jours de l'accouchement	34
3.2.3.3	Le vécu global de l'accouchement	36
3.2.3.4	Le retour à la maison.....	37
3.2.4	La recherche du consentement	38
3.2.5	La satisfaction à propos des informations sur l'épisiotomie	40
4	Discussion	42
4.1	Résultats principaux.....	42
4.2	Forces et limites de l'étude	43
4.3	La diffusion des informations	45
4.4	Les femmes et l'information : Satisfaites mais	46
4.5	La recherche du consentement : des progrès restent à faire	48
4.6	Une bonne acceptation globale de l'épisiotomie	52
4.6.1	L'épisiotomie lors de l'accouchement.....	52
4.6.2	L'épisiotomie en suites de couches	53
4.7	L'accouchement : le plus beau des souvenirs.....	55
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Annexes	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Catégories socio-professionnelles des 15 femmes interrogées26

Liste des figures

Figure 1 : Ampliation du périnée à l'accouchement.....	13
Figure 2 : Technique de l'épisiotomie médio-latérale	15

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien	64
Annexe 2 : Les recommandations sur l'épisiotomie du CNGOF (2005)	65

Introduction

Les recommandations du Collège National des Gynécologie et Obstétriciens Français (CNGOF) à propos de l'épisiotomie en 2005 ont remis en cause la pratique systématique de ce geste. Depuis, le taux d'épisiotomie a diminué.

Ces recommandations ont fait suite à une demande du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), un collectif d'associations d'usagers, qui a dénoncé l'épisiotomie de routine, qui était très répandue en salle de naissance et ses conséquences.

En parallèle de ces recommandations, le CIANE a demandé une révision du programme de formations professionnelles des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. En effet, selon l'arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sage-femme, les étudiants sages-femmes « doivent pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum) » et « pratiquer au minimum 80 accouchements » afin que leurs stages en salle de naissance soient validés (1). Le CIANE demande à ce que le programme impose désormais 30 sutures et non 30 épisiotomies (2). Un mémoire réalisé en 2011 par une étudiante sage-femme s'est intéressé à l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France. Il en résulte que, suite à ces RPC, la diminution du nombre d'épisiotomies pratiquées en salle de naissance rend les étudiants sages-femmes mal à l'aise au moment de la suture ou de la pratique du geste quand cela est nécessaire (1).

Mais qu'en est-il des professionnels de santé ? A la suite de témoignages et des lectures de différents mémoires, j'ai initialement voulu m'intéresser à l'impact des recommandations de 2005 concernant la pratique de l'épisiotomie sur les professionnels de santé. Mais, au cours de l'élaboration de la grille d'entretien concernant ce sujet, j'ai découvert qu'un mémoire était déjà au cours de rédaction, intitulé « Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie » (3). J'ai voulu conserver le thème de l'épisiotomie et me suis intéressée au point de vue des femmes. En effet, au cours de mes stages, j'ai pris conscience que l'épisiotomie était un acte très douloureux pour les femmes en suites de couches. Au cours de mes recherches, j'ai découvert deux mémoires d'étudiants sages-

femmes concernant le vécu de l'épisiotomie et la douleur des patientes. Outre la douleur, les résultats annexes de ces mémoires révélèrent un manque d'information concernant l'épisiotomie d'après les patientes. Egalement, je me suis questionnée sur la notion de consentement avant la réalisation de l'acte. Durant mes stages, jamais le consentement n'a été demandé aux patientes avant la pratique de l'épisiotomie. J'ai donc souhaité m'intéresser aux informations reçues à propos de l'épisiotomie par les patientes et à leur vécu concernant ce geste. En a résulté la problématique suivante :

Quelle peut être l'influence des informations délivrées aux patientes sur l'acceptation de l'épisiotomie ?

Cette recherche est qualitative. Ses objectifs principaux sont de comprendre quelles informations à propos de l'épisiotomie les patientes reçoivent de la part des professionnels de santé selon ce qu'elles en rapportent et d'analyser leur vécu du geste à court terme. Egalement, la recherche du consentement en amont de l'acte sera largement abordée dans ce mémoire.

Une première partie sera consacrée à l'épisiotomie dans son aspect technique et à son histoire. La deuxième partie expliquera la manière dont les entretiens auprès des patientes ont été menés. La troisième partie analysera les résultats obtenus. Enfin, la quatrième partie permettra de discuter des résultats de ce mémoire.

1 L'épisiotomie

1.1 Généralités sur l'épisiotomie

1.1.1 Définition

Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lorsque l'accouchement le nécessite (4).

Sur la plan étymologique, le mot « épisiotomie » vient du grec ancien et désigne une section du pubis (5) :

- Epision = pubis
- Tomie = coupure

1.1.2 Epidémiologie

En France, le taux global d'épisiotomie a diminué, passant de 51% en 1998 à 27% en 2010 suite aux recommandations du CNGOF. D'après l'enquête périnatale (ENP) de 2010, le taux d'épisiotomie des femmes primipares était de 44% (contre 71% en 1998) et de 14% pour les femmes multipares (contre 36% en 1998) (6). Cette diminution s'explique par les recommandations du CNGOF de 2005, arguant le manque de bénéfice de l'épisiotomie systématique et encourageant une pratique restrictive de l'acte.

Mais il existe des disparités entre les différentes régions de France et même entre les maternités.

D'après une étude française publiée en 2007, les taux d'épisiotomie de l'ensemble des CHU variaient entre 3,6% à 61,7% (ces taux concernent les accouchements voies basses, spontanés ou non) (7).

Egalement, une étude de Chuilon A.L et al. réalisée en 2015 et basée sur les données de l'ENP de 2010 montrait la variation des taux d'épisiotomie était significative entre les régions et entre les maternités chez les primipares comme chez les multipares, indépendamment des caractéristiques des maternités. Les auteurs expliquent que ces disparités peuvent être dues à l'intérêt plus ou moins

important accordé à la protection du périnée et à l'adhésion des praticiens aux recommandations du CNGOF sur l'épisiotomie, mais que les caractéristiques des femmes et des nouveau-nés sont peu impliquées dans ces différences de taux (8).

Dans 'après l'étude une étude publiée en 2013, le CIANE dénonce le manque de transparence de l'information des établissements de santé. En effet, seuls des établissements dont les taux d'épisiotomie sont en-dessous de la moyenne publient leur taux (9).

De même, les taux d'épisiotomie varient entre les pays européens. En effet, le rapport européen « Europeristat » sur la santé périnatale publié en 2010 montrait des taux très variables, allant de 5% à 73%, les taux les plus bas étant pratiqués par l'Islande, la Suède et le Danemark (10).

1.1.3 Anatomie du périnée

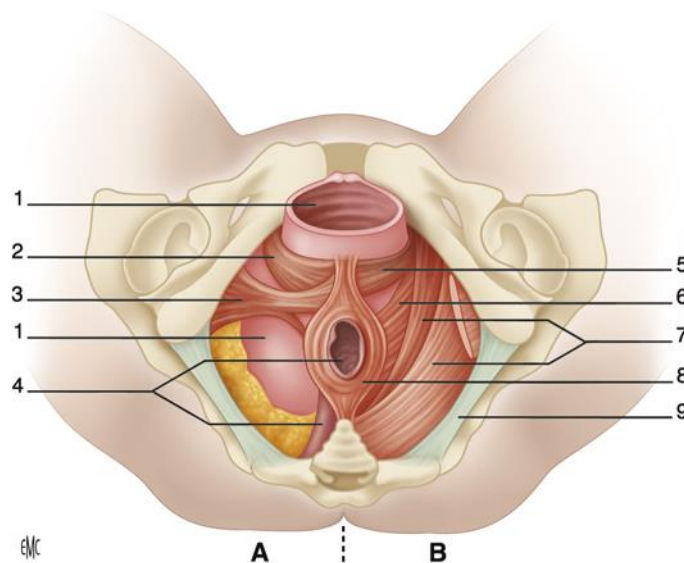
Sur le plan anatomique, le périnée est constitué par l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien. Sur le plan obstétrique, il concerne l'espace situé entre la fourchette vulvaire et l'anus (11). Le périnée a un rôle dans la continence urinaire et anale, et dans la sexualité.

Le périnée à une forme de losange et est limité en avant par la symphyse pubienne, en arrière par la pointe du coccyx et latéralement par les branches ischiopubiennes et les tubérosités ischiatiques. La ligne transversale entre les deux tubérosités ischiatiques divise le périnée en deux parties : le périnée urogénital en avant, qui est traversé par l'urètre et le vagin, et le périnée anal en arrière, traversé par le canal anal. Entre les deux, se situe le centre tendineux du périnée où s'insèrent le muscle élévateur de l'anus, le muscle transverse et le muscle bulbospongieux (11).

Le périnée est constitué d'aponévroses et de muscles divisés en trois plans. Le plan superficiel contenant les muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverse superficiel ainsi que le muscle constricteur de la vulve en avant, et le sphincter externe de l'anus en arrière. Le plan moyen, lui, comprend le muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre. Enfin, le plan profond est constitué du muscle coccygien et du muscle élévateur de l'anus et ses faisceaux, ces derniers

étant constitués du muscle pubo-vaginal, du muscle pubo-rectal, du muscle ilio-coccygien et du muscle pubo-coccygien (12).

Lors de l'accouchement, les contractions et les efforts expulsifs maternels provoquent la descente du fœtus dans le bassin. La progression du mobile fœtal induit un relâchement du muscle iliococcygien qui, avec les muscles ischiococcygiens permettent la progression de la présentation vers l'avant. Le coccyx est repoussé en arrière et le périnée postérieur se distend. Puis, la tête fœtale va changer d'axe et commencer à se défléchir. Le noyau central du périnée est comprimé. La distance anovulvaire s'allonge avec l'ampliation du périnée antérieur. Le faisceau puborectal est refoulé vers le bas et vers l'avant par la tête fœtale et s'intègre dans le périnée superficiel. L'anus se dilate d'environ 2 cm. En fin d'expulsion, le périnée est amplifié au maximum et forme un canal musculocutané périnéal ; cette ampliation provoque souvent des lésions musculaires et peut également entraîner un risque de dénervation des muscles périnéaux, notamment du sphincter externe de l'anus qui peut avoir comme conséquence des incontinences urinaires et anales en post-partum (11).



Ampliation obstétricale de la vulve, du périnée, des muscles, pubovaginal et puborectal (vue périnéale). Côté A : muscle masséter du périnée ; côté B : muscle masséter du diaphragme pelvien. 1. Vagin dilaté par la présentation ; 2. muscle bulbocaverneux ; 3. muscle transverse superficiel ; 4. canal anal ; 5. muscle pubovaginal ; 6. muscle puborectal ; 7. muscle iliococcygien ; 8. muscle sphincter externe de l'anus ; 9. ligament sacrotubéral.

Figure 1 : Ampliation du périnée à l'accouchement

Source : VARDON D, REINBOLD D, DREYFUS M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. *EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013;8(1):1-16

1.1.4 Techniques de réalisation de l'épisiotomie

Il s'agit d'un geste chirurgical qui doit être effectué avec une asepsie rigoureuse. Il est recommandé de recourir à une méthode anesthésique. Si la parturiente n'a pas d'analgésie péridurale, une anesthésie locale peut être réalisée à la Lidocaïne non adrénalinée 1% (11).

Il est recommandé de réaliser l'épisiotomie lorsque la présentation fœtale est au petit couronnement et le périnée amplié (l'anus est légèrement dilaté à 2cm). L'épisiotomie doit être réalisée au cours d'une contraction et d'un effort expulsif afin que l'incision soit la plus fiable possible. Elle ne doit ni être trop courte (risque d'un trait de rétent avec atteinte du sphincter anal) ni trop longue (inutile et douloureuse), ni trop tôt (section incomplète) ni trop tard (inutile, l'incision perd son effet protecteur) (11).

Il existe trois types d'épisiotomies qui sont présentées ci-après (11).

L'épisiotomie médio-latérale :

C'est celle qui est recommandée en France. En pratique, il s'agit d'inciser successivement la peau, le vagin, les muscles bulbocaverneux et transverse superficiel et le releveur de l'anus. L'incision doit être franche et en un seul geste idéalement. Elle est généralement réalisée à droite (la majorité des praticiens tiennent les ciseaux de la main droite). Le ciseau part de la fourchette vulvaire, une lame étant située entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, avec deux doigts entre la présentation et le périnée. La section est latérale, en dehors avec un angle de 45° par rapport à la verticale vers la région ischiatique. L'incision doit être d'environ 6 cm de long pour un agrandissement de l'anneau vulvaire suffisant pour faciliter la sortie du fœtus. Avec ce type d'incision, le risque d'atteinte du sphincter anal est moindre mais les douleurs dans le post-partum sont plus importantes. En outre, l'épisiotomie médio-latérale est davantage hémorragique et plus difficile à réparer.

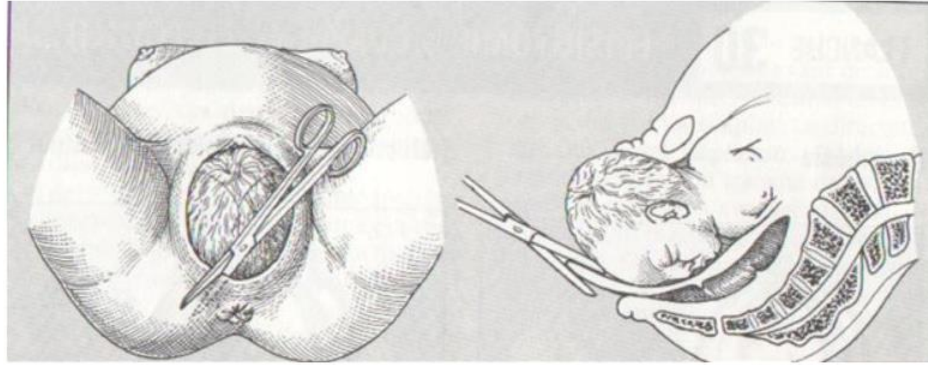


Figure 2 : Technique de l'épisiotomie médio-latérale

Source : Anatomie du périnée féminin. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Disponible sur:

<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/1.html> [consulté le 7 avr 2017]

L'épisiotomie médiane :

Abandonnée en France, elle est surtout réalisée aux Etats-Unis. Elle consiste en une incision verticale, d'environ 4 cm, en partant de la fourchette vulvaire en direction de l'anus. Cette incision a pour avantage d'être facile à réparer, peu hémorragique et responsable de peu de dyspareunie. Mais l'inconvénient principal de cette technique est le risque d'atteinte du sphincter anal. On peut retrouver également une augmentation du taux de fistules vésicovaginales à distance.

L'épisiotomie latérale :

Ce type d'épisiotomie est désuet car délétère. En effet, l'incision est réalisée avec un angle de 90° par rapport à la verticale et peut être à l'origine d'un kyste de la glande de Bartholin par section du canal excréteur.

1.1.5 Suture de l'épisiotomie

La réparation de l'épisiotomie doit se faire dans des conditions d'asepsie rigoureuse après une toilette périnéale en quatre temps. Des champs stériles sont placés de façon à délimiter la zone de suture et tout le matériel requis pour la suture doit être stérile (gants, fils, ciseaux, pinces Kocher, compresses). Une analgésie correcte du périnée est nécessaire. En cas d'analgésie péridurale insuffisante ou absente, une

anesthésie locale du périnée est effectuée avec de la Xylocaïne 1% non adrénalinée. La suture de l'épisiotomie doit être la plus précise possible pour restaurer l'anatomie et la fonction du périnée et éviter une mauvaise cicatrisation des plans. Avant de commencer la suture, un bilan complet des lésions périnéales doit être réalisé afin d'éliminer une éventuelle atteinte du sphincter anal ou de l'urètre (11).

Il existe deux techniques pour suturer une épisiotomie : la suture en différents plans et la suture selon la technique « un fil un nœud ». La suture en différents plans consiste à suturer chaque plan de façon indépendante avec un différent à chaque fois. La technique « un fil un nœud » permet la suture successive de la muqueuse, du muscle et de la peau avec le même fil. (11).

Une fois la réfection terminée, un toucher vaginal doit être entrepris afin de vérifier l'absence de compresses oubliées, ainsi qu'un toucher rectal pour vérifier l'absence de points transfixants qui peuvent entraîner des douleurs et des fistules.

D'après le CNGOF, plusieurs études prônent l'utilisation d'un fil synthétique résorbable, mais il n'existe pas d'étude pour privilégier un fil résorbable plutôt qu'un autre (Grade A). L'utilisation d'un fil résorbable génère moins de complications périnéales immédiates que celles d'un fil non résorbable (Grade B). De plus, ces derniers nécessitent une ablation systématique (13).

Quelle technique choisir ?

D'après les recommandations du CNGOF de 2005, sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (Grade A) (13). Une revue de la Cochrane conclut que la douleur dans les premiers jours du post-partum est plus intense avec la technique des trois plans séparés que la technique de suture continue (14). Mais si certains points séparés sont douloureux, ceux-ci peuvent être retirés pour relâcher la tension du périnée à la différence du surjet intradermique (risque de désunion de la suture).

1.1.6 Complications de l'épisiotomie

L'épisiotomie est responsable de nombreuses complications, et elles doivent toutes être prises en compte dans la balance bénéfico-risque lors de sa réalisation.

En salle de naissance (11):

On en distingue plusieurs dont l'hémorragie du post-partum. En effet, on rappelle que l'épisiotomie médio-latérale peut être très hémorragique, surtout si elle est réalisée trop précocement.

Egalement, l'épisiotomie peut être responsable de déchirures sévères par extension vers le sphincter anal et le rectum. L'épisiotomie médiane est particulièrement associée à davantage de déchirures du 3^e ou 4^e degré que l'épisiotomie médio-latérale.

Dans de rares cas, il existe des traumatismes fœtaux tels que des plaies sur la face ou des coupures (dans les présentations du siège, des cas de lésions testiculaires avec castration ont été rapportés).

Dans le post-partum immédiat :

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent de douleurs périnéales plus que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou 2^e degré. Cette différence n'existe plus à 3 mois de l'accouchement (13).

Le caractère douloureux, très fréquemment rapporté, peut être rattaché à :

- Un hématome, lié à un défaut secondaire d'hémostase
- Un thrombus
- Une infection de la cicatrice pouvant induire une désunion

On note également des œdèmes fréquents (11).

A long terme :

L'épisiotomie peut être responsable de dyspareunie et avoir un impact négatif sur la vie intime du couple. Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de

l'accouchement (Grade A) (13). De même, plusieurs complications ont été rapportées (11) :

- Abscesses
- Brides rétractiles
- Béance vulvaire ou vaginale
- Des granulomes inflammatoires sur la cicatrice
- Des endométrioses de la cicatrice
- Des fistules anales ou rectovaginales

De rares cas de fasciite nécrosante et de métastase d'un cancer de col type épidermoïde ou glandulaires ont été décrits.

1.1.7 Soins de l'épisiotomie

Il s'agit d'avoir une bonne hygiène afin de favoriser la cicatrisation et éviter tout risque d'infection. La cicatrice peut être nettoyée à l'eau et au savon après chaque miction et chaque selle. Elle doit être séchée en sans friction. Le sèche-cheveux est proscrit à cause du risque de brûlure cutanée. Des antalgiques peuvent être prescrits comme le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), ces derniers étant les plus efficaces pour traiter la douleur. Ils peuvent être utilisés chez une femme allaitante, sous réserve de choisir un AINS ayant un faible passage dans le lait maternel (Ibuprofène par exemple). Une antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée (11).

1.2 Histoire de l'épisiotomie

1.2.1 D'hier...

Sir Fielding Ould, obstétricien en Irlande, décrit pour la première fois l'épisiotomie dans son ouvrage *A Treatise of Midwifery in three parts*, en 1742. Il recommande cette procédure dans les cas où l'entrée du vagin est restreinte afin de faciliter l'accouchement. Il décrit « *une incision vers l'anus avec une paire de ciseaux courbés en introduisant une des lames entre la tête et le vagin* » (15). En France,

Dubois recommande une incision médiolatérale en 1847 (16). La première mention de l'épisiotomie aux Etats-Unis intervient dans le journal *The stethoscope and Virginia Medical Gazette*, en 1852. Il s'agit d'un article rédigé par Taliaferro qui décrit une épisiotomie médiolatérale pour faciliter l'accouchement chez une femme éclamptique (17). Mais le terme « épisiotomie » n'est utilisé qu'en 1857 par Carl Braun (11). En 1921, l'usage de l'épisiotomie s'élargit : Joseph Bolivar DeLee, publie *The Prophylactic Forceps operation* (18). Parmi les nombreuses recommandations rédigées, s'y trouvent la pratique d'une large épisiotomie médiolatérale (afin de préserver le périnée et de prévenir les prolapsus), l'utilisation systématique des forceps et de l'épisiotomie chez les nullipares et la reconstruction du vagin pour restaurer son anatomie (19). En effet, DeLee pensent que ces mesures peuvent protéger le cerveau du fœtus de l'anoxie, et, le plancher pelvien de la parturiente (19). Ses idées se propagent partout dans le monde. Egalement, en 1918, Pomeroy, recommande l'épisiotomie pour toute nullipare ainsi que chez les multipares car la cicatrice a tendance à se rompre aux accouchements ultérieurs (20).

Il faut attendre 1983 pour avoir la première remise en cause de l'épisiotomie. Thacker et Banta publient la première revue de la littérature (1860-1980) dans laquelle ils dénoncent une absence de preuve des bénéfices de l'épisiotomie en routine (en effet, peu d'études ont été réalisées) (21). D'autres études réalisées par la suite, mettent en doute le rôle supposé protecteur de l'épisiotomie. C'est en 1995 que Robert Woolley, obstétricien, publie une revue de littérature très complète, considérée comme le « premier réquisitoire vraiment structuré contre l'utilisation large de l'épisiotomie » où il conclut qu'il n'y a pas de bénéfice prouvé au recours systématique à l'épisiotomie (22).

En 2000, Carroli et al. publient dans la Cochrane Database une méta-analyse de six essais randomisés qui compare la politique restrictive et libérale de l'épisiotomie, avec respectivement un taux de 27,6% et de 72,7%. Il en résulte que la pratique restrictive de l'épisiotomie entraîne moins de lésions du périnée postérieur, moins de sutures et moins de complications mais qu'il existe un risque augmenté de lésion du périnée antérieur (23). Il n'y a cependant pas de différence entre les deux pratiques en ce qui concerne la douleur, les dyspareunies, l'incontinence urinaire et les lésions sévères vaginales et périnéales (23). En 2009, les auteurs publient une

autre méta-analyse avec des résultats similaires et qui aboutissent aux mêmes conclusions (24).

En France, il faut néanmoins attendre 2005 pour que le CNGOF établisse de nouvelles recommandations concernant la pratique de l'épisiotomie (13). Cela fait suite aux demandes des associations d'usagers : l'AFAR (Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté) et le CIANE qui condamnent la pratique de l'épisiotomie en routine. Les recommandations du CNGOF préconisent une pratique restrictive de l'épisiotomie, en raison de l'absence de bénéfice à la pratique de l'épisiotomie libérale (13).

De par ces recommandations, le CNGOF a proposé de réduire le taux global d'épisiotomie en-dessous de 30%. Un chiffre fixé de façon totalement arbitraire d'après le CIANE, qui considère que ce taux ne s'appuie sur aucune donnée scientifique (25) mais ce taux est retrouvé dans les deux méta-analyses de Carroli et al. dans le groupe « épisiotomie restrictive » (23) (24).

1.2.2 ... A aujourd'hui

Depuis déjà quelques années, le périnée est devenu une préoccupation pour les professionnels de santé mais également pour les patientes. Ces dernières affirment d'avantage leurs choix et veulent disposer de leur corps. L'épisiotomie, initialement considérée comme protectrice du périnée et des complications de l'accouchement, devient un acte qu'elles remettent en cause. En 2004, l'AFAR organise une semaine mondiale consacrée à la problématique de l'épisiotomie de routine. Le CIANE demande une saisine de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sur ce thème (2). Le CNGOF et le CIANE vont alors travailler ensemble sur de nouvelles recommandations concernant la pratique de l'épisiotomie.

Ces RPC seront publiées l'année d'après, en 2005. Plusieurs points sont abordés, notamment les indications à la réalisation de l'épisiotomie.

En effet, la littérature a remis en cause les indications sur lesquelles une épisiotomie systématique était pratiquée durant des années, comme chez les primipares par exemple.

L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfices à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant foetal (Grade C) que maternel (Grade A). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée (13).

La littérature a montré que l'épisiotomie libérale n'apportait pas de bénéfices, notamment en ce qui concernait la prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinences (13).

En 2006, une méta-analyse publiée par Riethmuller et al. concluait que l'analyse de la littérature ne permettait de retenir qu'une seule indication de l'épisiotomie systématique. Il s'agit d'une longueur périnéale minimale ou brièveté périnéale lorsque la distance fourchette-centre de l'anus est inférieure à 3 cm (Grade B) (26).

Devant des situations obstétricales spécifiques (manœuvres obstétricales, extraction instrumentale ...), une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel) (13).

Les recommandations détaillées du Collège sont présentes en annexe.

2 Matériel & méthode

2.1 Problématique et objectifs

Au cours des différents stages, notamment en suites de couches, j'ai souvent constaté que les patientes vivaient douloureusement leur épisiotomie et qu'elles se sentaient démunies car elles ne connaissaient pas véritablement l'épisiotomie, et que cette incision pratiquée sur leur corps avait quelque chose d'effrayant. Cette constatation a permis de faire émerger la problématique et les hypothèses ci-après.

2.1.1 Problématique

Quelle peut être l'influence des informations délivrées aux patientes sur l'acceptation de l'épisiotomie ?

2.1.2 Objectif principal

Déterminer quelles informations les praticiens délivrent aux patientes sur l'épisiotomie, selon ce qu'elles en rapportent.

2.1.3 Objectif secondaire

Améliorer la communication entre les praticiens et les patientes autour de l'épisiotomie

2.1.4 Hypothèses

- Les patientes manquent d'informations à propos de l'épisiotomie
- Leur consentement n'est jamais recherché avant cet acte
- Le vécu de l'épisiotomie à court terme dépend des informations reçues durant le suivi périnatal ou à tout le moins au moment de sa réalisation

2.2 Présentation du terrain et méthode de recueil de données

2.2.1 Le choix du lieu d'enquête

Des réflexions ont été menées afin de choisir le lieu d'enquête le mieux approprié pour cette étude. Il a été suggéré dans un premier temps de réaliser l'enquête dans une maison de naissance parisienne, qui est en plein essor. En effet, les maisons de naissance ont pour objet de respecter au mieux la physiologie de l'accouchement et le choix des femmes. Mais le taux d'épisiotomie y étant trop bas, ce lieu a été écarté car trop peu d'entretiens auprès de parturientes auraient été possibles pour cette étude. Ensuite, s'est posée la question de réaliser l'enquête dans deux maternités différentes, l'une d'entre elle aurait été une maternité de type 1 et l'autre une de type 3. Cette idée des deux maternités aurait permis de comparer le contenu et la temporalité de l'information donnée aux femmes ainsi que leur vécu de l'épisiotomie mais le temps imparti semblait trop court pour proposer un entretien à suffisamment de patientes. Au final, il a été décidé d'effectuer l'étude dans une maternité francilienne de type 3. Les recommandations gynécologiques et obstétricales sont prises en compte au sein de cette maternité. De plus, bien que le nombre d'accouchements (et donc, de ce fait, le nombre de salles de naissance) soit conséquent, un accouchement dans une salle nature peut être proposé aux patientes qui souhaitent avoir un accouchement le plus physiologique possible, sous réserve qu'elles ne possèdent pas de contre-indications. Un accouchement en salle nature nécessite la disponibilité des sages-femmes. Donc, l'application des nouvelles recommandations d'une part, et le respect du choix des femmes concernant leur accouchement d'autre part constituaient des critères satisfaisants pour y mener mon étude. Egalement, le nombre d'accouchements y était suffisant pour me permettre d'inclure le nombre nécessaire de parturientes. Enfin, le lieu devait être considéré comme pratique et facile d'accès car il ne s'agissait pas d'un terrain de stage mais exclusivement d'un lieu d'enquête sur lequel je me rendais sur mon temps libre pour réaliser mes entretiens.

2.2.2 Les entretiens

Il s'agit d'entretiens semi directifs avec des parturientes ayant eu une première épisiotomie. Les principales questions abordées concernaient :

- Les informations recueillies sur l'épisiotomie tout au long de leur suivi
- L'acceptation de l'épisiotomie à court terme
- Le consentement de l'acte
- La satisfaction par rapport aux informations obtenues

Avant de réaliser les entretiens, une autorisation a été demandée au chef de service de la maternité et à la cadre supérieure des sages-femmes.

Le recrutement des patientes a été effectué entre septembre 2016 et janvier 2017 selon plusieurs critères d'inclusion, après consultation de leur dossier obstétrical :

- Patiente majeure
- Première épisiotomie
- Accouchement par voie basse spontanée
- Naissance d'un enfant unique, vivant, à terme (≥ 37 SA) et sans pathologie fœtale immédiate à la naissance et/ou retardée en post-partum immédiat nécessitant le transfert en réanimation ou en néonatalogie
- Absence de déchirures périnéales simples et/ou compliquées
- Patiente sans pathologie psychiatrique ou pathologie psychiatrique bien équilibrée sous traitement
- Bonne compréhension de la langue française

La durée moyenne de séjour d'une patiente ayant accouchée par voie basse est d'environ 3 jours. L'entretien était réalisé à J2 du post-partum. Je me présentais aux patientes à J0 ou J1 pour établir un premier contact et leur exposer le thème de mon mémoire. Enfin, je demandais leur accord pour participer à cette enquête et précisais que leur anonymat serait conservé. Un rendez-vous était, par la suite, programmé le lendemain ou le surlendemain.

Un nombre de 15 patientes devait permettre d'avoir des résultats acceptables afin de répondre aux hypothèses élaborées.

La durée des entretiens oscille entre 10 et 35 minutes. Ils ont été enregistrés après accord des patientes et entièrement retranscrits.

Les résultats obtenus à l'issue de ces entretiens vont être présentés dans la partie ci-après.

2.3 L'analyse des résultats

Les entretiens ont été analysés selon une analyse thématique et chronologique, soit question par question. Le guide d'entretien élaboré pour cette étude a été testé sur les trois premiers entretiens. Ils ont été retranscrits et analysés juste après leur réalisation pour vérifier qu'ils nous permettraient de répondre aux objectifs de la recherche. Le premier entretien n'a finalement pas été retenu car la patiente, née en Asie, ne comprenait pas certaines questions et des réponses n'ont pu être obtenues. Les deux autres ont pu être inclus dans les analyses car le guide d'entretien n'a pas été modifié pour les entretiens suivants.

Concernant la mise en forme des résultats, seule l'initiale du nom des patientes est indiquée sous cette configuration « Entretien de Mme X. ». Certains passages d'entretiens sont cités sous la forme « *Enquêteur- enquêtée* ». Les citations d'entretiens sont introduites par un alinéa et *mises en italique*.

3 Analyse des entretiens

3.1 Caractéristiques de la population d'étude

Quinze patientes ont été interrogées. La moyenne d'âge est de 32,2 ans.

Parmi elles, 13 sont primipares et 2 sont deuxième pare.

Le tableau ci-dessous résume les catégories socioprofessionnelles auxquelles appartiennent les femmes interrogées.

Agricultrice	0
Artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise	1
Cadres, professions intellectuelles supérieures	6
Professions intermédiaires	4
Employées	3
Ouvrières	0
Retraitées	0
Sans activité professionnelle	1

Tableau 1 : Catégories socioprofessionnelles des 15 femmes interrogées

3.2 Analyse des résultats

Les résultats des entretiens sont présentés ci-après. Ils seront exposés selon le plan suivant : les connaissances que les patientes ont à propos de l'épisiotomie, les informations qu'elles ont reçues au cours de leur suivi périnatal, leur vécu de l'acte et leurs appréhensions, la recherche du consentement en amont de la pratique du geste et enfin, leur satisfaction vis-à-vis des informations reçues de la part des professionnels.

3.2.1 Qu'est-ce que l'épisiotomie ?

Les patientes sollicitées pour un entretien savaient toutes, à deux exceptions près, globalement ce qu'est l'épisiotomie et pourquoi les praticiens peuvent être amenés à réaliser ce geste. Lors des entretiens, elles la décrivent principalement en termes d'« incision du périnée », et disent qu'elle sert à « aider le bébé à sortir » et « éviter

les déchirures ». Cependant, une patiente interrogée dit être assez ignorante sur le sujet.

« C'est ce qu'on m'a fait, je pense. Après je ne connais pas trop parce que je ne me suis jamais renseignée dessus ». Entretien avec Mme S.

Cette réponse sous-entend que tout au long de son suivi, elle n'a pas su ce qu'était l'épisiotomie, ce qui sera discuté ci-après dans la discussion car il s'agit d'un geste chirurgical. Egalement, lorsque je suis allée exposer le thème de mon mémoire à une patiente, celle-ci ne comprenait pas de quoi je parlais (il ne s'agissait pas d'un problème de langue mais bien d'une ignorance sur le sujet). J'ai alors dû lui expliquer ce qu'était l'épisiotomie, avant-même de programmer la date de l'entretien.

3.2.2 Les informations reçues tout au long du suivi

3.2.2.1 L'information à propos de l'épisiotomie avant la grossesse

Avant la grossesse, les patientes ont reçu des informations sur l'épisiotomie principalement par leur entourage, que ce soit la famille, les amies ou les collègues de travail. Ce sont principalement des retours d'expérience.

« Ma maman a eu une épisiotomie pour ma sœur [...] Du coup, elle m'avait dit « j'espère que tu n'auras pas d'épisiotomie » ». Entretien avec Mme B.

« Dans le cadre de mon travail [...] Elles disaient « oh non, moi je ne veux pas d'épisiotomie » ». Entretien avec Mme Z.

« J'ai eu des amies qui ont accouché et ont eu besoin d'une épisiotomie [...] elles auraient aimé ne pas en avoir ». Entretien avec Mme B.

« J'en ai entendu parler par mes copines. Elles parlaient du nombre de points de l'épisiotomie. [...] C'était plutôt quelle est la taille de l'épisiotomie pour savoir comment on allait être mal après l'accouchement. A chaque fois que les histoires sont un peu effrayantes c'est autour de 10 ». Entretien avec Mme I.

D'autres informations ont été recueillies sur internet, notamment les méthodes pour éviter l'épisiotomie.

Le thème principal retenu par les patientes est le caractère douloureux de l'épisiotomie comme le montre les réponses suivantes :

« *On sait que c'est douloureux* ». Entretien avec Mme W.

« *C'est le cauchemar de toutes les femmes* ». Entretien avec Mme I.

« *C'était plutôt redouté par les femmes, quand elles en parlaient* ». Entretien avec Mme Z.

Le fait que cette incision concerne le périnée renforce ces avis plutôt négatifs :

« *C'est un peu effrayant, ce n'est pas l'endroit qu'on a envie de voir couper ou arracher* ». Entretien avec Mme I.

« *Si on peut l'éviter, c'est mieux* ». Entretien avec Mme W.

Une des patiente interrogée, Mme O., travaille dans le domaine médical, précisément dans un service de gynécologie obstétrique. Voici ce qu'elle en dit :

« *Enquêteur : Vous, avant votre grossesse, qu'en pensiez-vous de l'épisiotomie ? Des informations que vous aviez, dans le cadre de vos études ou de votre expérience ?*

Enquêtée : C'est que souvent on a l'impression que c'est un peu barbare comme terme, c'est aussi comme une sanction alors que moi je vois plutôt ça comme une aide. Donc voilà, c'est toujours interprété comme un geste barbare. Pour moi c'est plutôt, enfin c'est un peu biaisé pour moi, mais c'est plutôt une aide pour le passage du bébé ».

Cette notion d'aide est également retrouvée dans le discours d'une autre femme, elle aussi travaillant dans le domaine médical.

« *Ben moi, j'avais plutôt l'image pendant mon stage que c'était positif. Ça évitait une déchirure* ». Entretien avec Mme L.

Les autres avis des patientes sont plus neutres, d'autres déclarent faire confiance au corps médical. Ce point sera traité un peu plus loin.

3.2.2.2 Les informations à propos de l'épisiotomie pendant le suivi de la grossesse

Les informations sur l'épisiotomie au cours de leur suivi de grossesse proviennent quasiment toutes exclusivement des cours de séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Les informations reçues sont variées : présentation de l'épisiotomie, les raisons pour lesquelles on peut être amené à pratiquer ce geste, les soins de l'épisiotomie, la taille de l'épisiotomie, les types de fils utilisés pour la réfection, la rééducation du périnée. L'information principale que les femmes ont retenue est le caractère non systématique de l'épisiotomie :

« Ce n'était plus systématique ». Entretien avec Mme L.

« On m'a expliqué qu'ils évitent de le faire évidemment mais c'est au cas où c'est une urgence ». Entretien avec Mme Q.

Ce message a sûrement un caractère rassurant pour les patientes, ce qui peut expliquer que ce soit l'information qu'elles ont majoritairement retenue. D'ailleurs, trois patientes expliquent ne pas trop se souvenir de ce qui leur a été dit mais elles évoquent l'idée du caractère systématique de l'épisiotomie :

« Je ne me souviens plus. Je crois que la question était jusqu'à quel point on peut avoir une épisio ou pas ». Entretien avec Mme I.

« Est-ce qu'elle nous a parlé de l'épisiotomie ? Peut-être qu'elle avait dit qu'on pouvait se passer de l'épisiotomie, mais elle n'avait pas dit ce que c'était, comment s'était fait, comment ça se passait après ». Entretien avec Mme B.

« En prépa, je ne me souviens plus trop [...] je crois que c'est quelqu'un qui avait posé une question et puis, elle avait répondu assez rapidement sur l'épisiotomie, en nous rassurant comme quoi ce n'était pas obligatoire ». Entretien avec Mme T.

Certaines s'en remettent au corps médical pour décider d'une épisiotomie ou non, comme l'explique cette patiente qui s'était renseignée à propos de l'épisiotomie sur internet :

« Je prenais du recul par rapport à ce que je lisais, bien sûr. J'me disais « faut pas exagérer, si les médecins disent qu'il faut le faire, ils savent ce qu'ils font » ».
Entretien avec Mme T.

Néanmoins, il y a un point important à souligner : parmi les quinze patientes interrogées, cinq ne savaient pas ce qu'était l'épisiotomie avant leur grossesse. Et, sept n'ont eu aucune information sur l'épisiotomie au cours de leur grossesse ; soit parce qu'elles n'ont pas suivi de PNP (pas de préparation du tout ou pas de préparation classique), soit parce que la sage-femme des cours de préparation ne l'a pas évoqué.

3.2.2.3 Les informations à propos de l'épisiotomie en salle de naissance

En salle de naissance, l'épisiotomie est surtout abordée une fois le geste réalisé. Les informations concernent les types de fils utilisés pour la suture (résorbables ou non), le délai avant la tombée des fils, les différents plans suturés, la taille de l'épisiotomie, les soins à appliquer et les antalgiques à prendre en suites de couches. Plus rarement, une information sur l'épisiotomie et les raisons pour laquelle elle peut être réalisée sont communiquées en amont du geste. Ce point sera approfondi un peu plus tard dans l'analyse.

Une patiente, Mme U., explique n'avoir eu aucune information concernant son épisiotomie en salle de naissance :

« Enquêteur : Est-ce qu'on vous a parlé de l'épisiotomie en salle de naissance ?

Enquêtée : Nan, pas du tout. On ne m'a jamais parlé de ça. [...] Après la naissance, la sage-femme est restée pour faire des interventions et elle a dit « je vais vous recoudre un peu ».

[...]

Enquêteur : Et quand elle vous recousait, elle vous disait des choses sur l'épisiotomie ? Par exemple, comment elle suturait ? Le type de fil qu'elle mettait ?

Enquêtée : Non, non. Elle ne me parlait pas en fait. Elle faisait son boulot. Elle était assise, elle parlait avec un collègue homme qui était à côté de moi, il était en blanc aussi. C'était un étudiant. Elle était assise en face et elle disait qu'elle était en train de me recoudre, c'est tout. »

3.2.2.4 Les informations à propos de l'épisiotomie en suites de couches

En suites de couches, les informations données sur l'épisiotomie concernent principalement les soins à effectuer, les types de fils, la durée de cicatrisation, la taille de l'épisiotomie, la prise conseillée d'antalgiques et le contrôle à la visite post-natale.

Les soins d'hygiène et la cicatrisation de l'épisiotomie sont les thèmes principalement abordés. Néanmoins, certaines patientes déplorent ne pas avoir eu assez d'explications :

« En fait, aucune des femmes ne m'ont expliqué. Aucune [...] ni même m'expliquer comment j'ai eu ça, pourquoi j'ai subi ça, que ça s'appelle comme ça ».
Entretien avec Mme U.

« Quand je dis que j'ai mal en particulier autour du coccyx, des os et à l'épisiotomie, ben les gens ne réagissent pas plus que ça du tout ». Entretien avec Mme I.

Au cours de la retranscription de mes entretiens, j'ai pu constater que les patientes, qui avaient reçu une information plus complète, plus étoffée concernant leur épisiotomie, avaient en réalité déjà eu leur examen de sortie. Dans cette maternité de niveau III, cet examen est réalisé à J2 du post-partum, soit la veille de la sortie des patientes ayant eu un accouchement voie basse sans complication importante. Il comprend un examen clinique, la remise d'ordonnance (antidouleurs, ablation des fils d'épisiotomie non résorbables ...), l'explication de la visite post-natale, le choix d'une contraception, la rééducation du périnée, les soins à effectuer pour une

épisiotomie ou une cicatrice de césarienne, les visites PMI et pédiatriques pour l'enfant, les signes qui doivent amener à consulter en urgence etc. Cet examen est plus long que celui effectué les autres jours et se doit d'être exhaustif. C'est généralement au cours de cet examen que les patientes posent des questions. Par exemple, pour certaines patientes interrogées et ayant déjà eu leur examen de sortie, on note :

« *Aujourd'hui du coup, j'ai posé des questions là-dessus [...] vu que demain je sors* ». Entretien avec Mme A.

« *Elle m'en a parlé aujourd'hui vu que je vais sortir* ». Entretien avec Mme S.

« *C'est juste aujourd'hui où elle m'a dit que vraiment, il fallait faire attention, pas de bains, qu'il fallait que je sèche* ». Entretien avec Mme O.

Celles qui n'ont pas encore eu leur examen de sortie ont globalement un discours moins développé :

« *On me demande juste si j'ai mal et où* ». Entretien avec Mme I.

« *Elle regarde juste la cicatrice, si ça cicatrise bien* ». Entretien avec Mme M.

« *On vient la vérifier au quotidien. Mais après en parler ... on ne m'a pas parlé de la rééducation, s'il y avait des choses à faire en particulier* ». Entretien avec Mme Z.

Egalement, deux patientes ont soulevé une idée intéressante : une brochure explicative concernant l'épisiotomie.

L'une explique :

« *Il y aurait peut-être une brochure à faire pour les femmes qui ont eu une épisiotomie et puis à distribuer [...] comment ça se passe, les conditions d'hygiène à suivre* ». Entretien avec Mme C.

Concernant la deuxième patiente, Mme Z., il s'agit en réalité du conjoint de celle-ci qui évoque cette idée, sur laquelle elle répondit.

« *Conjoint de l'enquêtée : Moi si je peux faire une remarque sur l'épisio, c'est qu'il y a plein de brochure qu'on nous donne pendant la grossesse mais aucune sur*

l'épisio. On n'a pas de brochure, ne serait-ce que synthétique pour expliquer que des personnes peuvent avoir une épisio.

Enquêtée : Oui, sur les conduites à tenir, des trucs comme ça quoi ...

Conjoint de l'enquêtée : Pour permettre aux personnes d'anticiper, d'expliquer ce que c'est, avoir un schéma explicatif.

Enquêtée : Oui, c'est ça. Sur les conseils, les conduites à tenir etc. Mais il faudrait un petit truc. Une petite feuille quoi. Et puis ça peut permettre de dédramatiser car il y a des femmes qui en ont peut-être très, très peur et ça pourrait les rassurer ».

3.2.3 Le vécu de l'épisiotomie

3.2.3.1 En salle de naissance

A l'annonce de leur épisiotomie, les réactions des patientes interrogées sont globalement similaires. Aucune n'avoue avoir un vécu traumatisant de l'épisiotomie bien qu'elles auraient aimé se passer de cet acte :

« Je n'étais pas très ravie mais ce n'est pas le point bloquant de l'accouchement ». Entretien avec Mme P.

« J'me suis dit « c'est le pompon » [...] et en même temps, j'étais soulagée parce que je me disais qu'au moins, ça irait plus vite [...] enfin j'aurais préféré éviter quoi, c'est sûr ». Entretien avec Mme W.

« Après, je pense que la sage-femme a pris la bonne décision quand elle l'a fait. C'est qu'il n'arrivait pas à sortir sa tête. Mais bon, j'aurais préféré ne pas en avoir ». Entretien avec Mme B.

Dans leurs discours, il existe une certaine résignation concernant l'épisiotomie, résignation que l'on ressent chez d'autres femmes :

« Elle a jugé bon de le faire, fallait qu'elle la fasse, elle l'a fait et puis voilà ». Entretien avec Mme V.

« Ben évidemment on n'a pas très envie mais on a tellement envie que ça se passe bien et aussi de finir qu'on accepte ». Entretien avec Mme Q.

« Moi, le principal, c'était que ma petite elle sorte. Donc fallait le faire, fallait le faire. Je me suis dit « oh c'est bête, c'est dommage quoi » parce que jusqu'à présent, tout se passait très bien. Le travail s'est fait rapidement. Je me suis dit « bon ben allez, de toute façon, il faut », ça faisait un petit moment qu'on essayait de pousser, enfin que j'essayais de pousser et de la faire sortir et que ça coinçait ». Entretien avec Mme Z.

L'épisiotomie n'est pas considérée comme un point négatif par les patientes :

« Quand j'ai vu le ciseau, j'ai dit « c'est bon signe » ». Entretien avec Mme M.

« Pour moi, c'était une nécessité ». Entretien avec Mme O.

Néanmoins, certaines expriment déjà une appréhension concernant leur périnée :

« Et j'me suis dit surtout pour après, comment ça va se passer [...] est-ce que je vais retrouver le périnée que j'avais avant, pour les sensations ? ». Entretien avec Mme B.

« Mais sinon, une petite appréhension sur « est-ce que ça va être pareil comme avant ? Est-ce qu'il va y avoir des séquelles ? » ». Entretien avec Mme T.

3.2.3.2 A deux jours de l'accouchement

En suites de couches, concernant leur ressenti, le thème majoritairement abordé est la douleur de l'épisiotomie. Les femmes se plaignent d'être limitées dans leurs mouvements :

« C'est douloureux pour marcher, pour faire pipi et se laver ». Entretien avec Mme Q.

« Ça fait mal. Ce n'est pas agréable ... parce que même le fait de s'asseoir vite ou de marcher, ça fait mal, ça me pique ». Entretien avec Mme A.

« Cette zone est hyper douloureuse ». Entretien avec Mme W.

« Chaque geste me rappelle que j'ai eu une épisio [...] je ne peux pas me lever comme d'habitude ». Entretien avec Mme O.

Globalement, elles soulignent être plutôt bien soulagées par les antalgiques donnés au cours de leur séjour.

D'autres patientes vivent plutôt bien leur épisiotomie :

« Elle ne me dérange pas plus que ça [...] vu que de toute façon je ne savais pas ce que c'était, je n'ai pas d'avis ». Entretien avec Mme S.

« Etonnamment, je le vis mieux que ce que j'aurais pu penser parce que je ne la trouve pas si douloureuse que ça ». Entretien avec Mme Z.

« Je ne la sens pas ». Entretien avec Mme V.

Pour Mme V., il convient de préciser qu'il s'agit d'une deuxième pare. Son premier accouchement était une césarienne en urgence. Il s'agissait donc, pour cet accouchement-ci d'un premier accouchement voie basse. Pour elle, le vécu de l'épisiotomie est plutôt bon : en effet, elle compare la douleur de la cicatrice de sa césarienne à celle de son épisiotomie et considère que cette dernière est moindre. Egalement, plus d'une fois au cours de l'entretien, elle réitère sa confiance envers la sage-femme qui l'a accouchée (il sera vu plus loin que son consentement à la réalisation de l'épisiotomie a été demandé).

Une patiente avoue avoir l'impression qu'on banalise son épisiotomie et plus généralement sa douleur :

« Enquêtée : Ça donne l'impression qu'ils n'en ont un peu rien à faire alors que c'est vraiment le truc le plus douloureux donc je pense que c'est quand même important.

Enquêteur : Donc, comment vivez-vous votre épisiotomie aujourd'hui ?

Enquêtée : Je ne dirais pas « mal » car je savais que ça serait douloureux et compliqué, je ne m'attendais pas forcément à ce que des gens soient là pour me rassurer. [...] Moi je pense que ça vaudrait le coup comme c'est traumatisant d'avoir le sexe coupé, je pense que ça vaudrait le coup d'avoir plus ... enfin, qu'on en parle plus. Enfin, qu'on ait la sensation que les gens ça les concerne, que c'est important ». Entretien avec Mme I. »

Ce point sera détaillé dans la discussion.

Egalement, dans certains discours, on ressent une pointe de résignation concernant l'épisiotomie :

« De toute façon, à part accepter ... je ne vais pas renier ça. De toute façon, c'est là ». Entretien avec Mme T.

« Donc je n'y pense pas beaucoup en fait, et en plus il y a le bébé. Ce n'est pas le sujet principal ». Entretien avec Mme Q.

« Mais je ne suis pas traumatisée. Voilà, c'est fait, c'est fait. C'est comme ça ». Entretien avec Mme W.

Les complications possibles de l'épisiotomie sont présentes dans l'esprit des patientes et certaines expriment déjà leur appréhension :

« J'ai peur que ça se rouvre ». Entretien avec Mme M.

« Ce qui me fait peur, c'est de rentrer et qu'il y ait une complication [...] je préfère avoir très mal et souffrir que d'avoir une désunion ou une infection ». Entretien avec Mme O.

3.2.3.3 Le vécu global de l'accouchement

L'accouchement est globalement bien vécu par les patientes, l'épisiotomie n'entache pas ce souvenir mémorable.

Seule une patiente avoue en garder un mauvais souvenir mais n'en impute pas la responsabilité à l'épisiotomie :

« Enquêteur : Au final, quel souvenir gardez-vous de l'accouchement ?

Enquêtée : Ah ben un mauvais souvenir, ça oui. Le parcours du combattant, nan limite j'ai un mauvais souvenir.

Enquêteur : C'est le global finalement ?

Enquêtée : Oui, oui, ce n'est pas lié à l'épisiotomie, ça a juste été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. C'est un tout ». Entretien avec Mme W.

En effet, l'accouchement a été très rapide avec une analgésie péridurale qui n'a pas eu le temps d'être efficace.

3.2.3.4 Le retour à la maison

La grande majorité des femmes n'ont globalement pas d'appréhension concernant le retour à la maison (mobilité, douleur etc.). Elles sont rassurées par le suivi à domicile mis en place dès la maternité avec une sage-femme libérale.

L'épisiotomie pose forcément la question de l'intimité dans la vie d'un couple, notamment concernant les rapports sexuels. Majoritairement, les patientes n'ont pas tellement d'appréhension, mais dans un même temps, elles avouent ne pas encore se poser la question de la reprise. La cicatrisation et la douleur semblent être les critères clés pour permettre la reprise sereine d'une vie de couple :

« J'me dis que j'attendrais d'avoir la consultation chez le médecin, qu'il me dise que la cicatrisation est parfaite et qu'il m'autorise ». Entretien avec Mme O.

« On verra par rapport à la douleur ». Entretien avec Mme Q.

Les potentielles complications de l'épisiotomie sont également exprimées par certaines femmes :

« En combien de temps je vais cicatriser ? En combien de temps je vais retrouver mes habitudes ? C'est surtout ça. Quand est-ce que ça va redevenir comme avant et si ça va redevenir comme avant un jour ? ». Entretien avec Mme B.

« Mon premier enfant ne va pas comprendre pourquoi je ne peux plus jouer avec lui, pourquoi je ne peux plus m'asseoir partout, donc ça ne m'emballe pas des masses [...] j'aimerais que tout soit comme avant ». Entretien avec Mme W.

Mme W. est également une deuxième pare. Il s'agit de son deuxième accouchement voie basse. Dans le dossier obstétrical, la sage-femme justifie son épisiotomie par un périnée décrit comme « tonique et friable ». Il n'est pas courant de réaliser une épisiotomie pour un deuxième accouchement, et ce d'autant plus qu'il n'y en a pas eu besoin pour le premier. Au cours de l'entretien, Mme W. ne

compare pas ses deux accouchements mais elle décrit volontiers son épisiotomie comme douloureuse et craint qu'elle ne soit gênante dans son quotidien : en effet, elle s'inquiète de ne pas pouvoir s'occuper de son aîné « comme avant ».

3.2.4 La recherche du consentement

Au cours des entretiens, seule une femme mentionne que son consentement a été recherché avant la réalisation de l'épisiotomie.

« *Elle m'a demandé si je voulais une épisiotomie ou non* ». Entretien avec Mme V.

On remarque, pour les autres patientes interrogées, que certaines ont été mise au courant de l'éventualité d'une épisiotomie en amont :

« *Elle a commencé à m'expliquer qu'on serait peut-être amené à faire une épisio* ». Entretien avec Mme Z.

« *C'est juste la sage-femme qui à un moment m'a dit : « Ben je vais être obligée de vous faire une petite épisio parce que sinon ça ne passe pas »* ». Entretien avec Mme W.

« *Elle a dit que bon ce n'est pas son choix et qu'elle préfère ne pas le faire mais là, c'était vraiment urgent. Elle m'a prévenu, je lui ai dit « allez-y, allez-y »* ».Entretien avec Mme Q.

Dans ces cas-ci, une information est donnée en amont de l'acte mais le consentement en lui-même n'est pas recherché.

Certaines sages-femmes préviennent également lorsqu'elles réalisent le geste :

« *Elle m'a dit « je vais couper un petit peu »* ». Entretien avec Mme B.

« *Elle m'a prévenu au moment où elle l'a fait* ». Entretien avec Mme Q.

En revanche, pour la plupart d'entre elles, les femmes ne sont au courant de leur épisiotomie qu'au moment de suturer celle-ci :

« *L'interne a dit « je vais vous recoudre »* ». Entretien avec Mme A.

« Quand il est sorti, elle m'a dit « il n'y a pas eu besoin de forceps mais par contre j'ai fait une épisio » ». Entretien avec Mme I.

« Après la naissance, la sage-femme est restée pour faire des interventions et elle a dit « je vais vous recoudre un petit peu » ». Entretien avec Mme U.

Enfin, d'autres encore, comprennent qu'elles ont eu une épisiotomie avant que le praticien ne les informe lui-même de l'acte :

« Quand ils ont pris le bébé, elle a dit « je vais faire les soins à la maman » et « je vais vous recoudre », j'me suis dit « ah je crois que c'est ce qu'on fait dans le cas d'une épisiotomie ». Du coup, je lui ai demandé si j'avais été coupée ». Entretien avec Mme T.

« Sa tête ne passait pas. Et donc, j'ai dit à la sage-femme « ah il va falloir ... » et je n'ai pas dit le mot et elle a dit « peut-être » [...] Et puis j'ai compris que c'était ça, que c'était l'épisiotomie ». Entretien avec Mme B.

« J'ai vu le médecin qui testait ses ciseaux [...] je me doutais de ce qui pouvait se tramer [...] puis j'ai entendu le moment où elle a fait l'épisio, le petit bruit typique ». Entretien avec Mme O.

Néanmoins, il convient de noter que parmi les femmes interrogées, certaines expriment leur volonté de s'en remettre aux professionnels quant à la décision de l'épisiotomie :

« Je pense que pour moi, pour ma part, c'est mieux de ne pas me le dire au moment où on réalise l'épisio parce que je suis focalisée sur un objectif, c'est de pousser [...] donc j'étais plutôt contente qu'on ne me le dise pas pour ne pas me perturber dans mon effort de poussée ». Entretien avec Mme O.

« Je crois que j'étais surtout contente que ce soit la sage-femme qui décide [...] Ça ne m'aurait pas rassuré qu'elle me dise « qu'est-ce que vous préférez que je fasse ? ». On s'en remet aussi aux professionnels, c'est normal ». Entretien avec Mme L.

Il sera intéressant de discuter ce point dans la partie suivante.

3.2.5 La satisfaction à propos des informations sur l'épisiotomie

Dans un premier temps, les patientes déclarent être globalement satisfaites de l'information concernant l'épisiotomie qui leur a été donnée au cours de leur suivi périnatal. Mais, dans un deuxième temps, quand la question sur le type d'informations complémentaires qu'elles auraient aimé avoir est posée, certaines confessent leur envie d'en savoir plus. Voici un extrait d'entretien avec Mme B. :

« Enquêteur : Est-ce que vous êtes globalement satisfaite de l'information que vous avez eue sur l'épisiotomie tout au long de votre suivi ?

Enquêtée : Là, en suites de couches, oui. Je trouve que oui.

Enquêteur : Donc vous auriez aimé avoir plus d'informations pendant la grossesse ?

Enquêtée : Ben oui, parce que peut-être que j'aurais moins appréhendé d'en avoir une ».

Enquêteur : Et finalement, quelles informations complémentaires auriez-vous voulu avoir sur l'épisiotomie ?

Enquêtée : [...] Peut-être comment ça se passe, dans quels cas on l'a fait ? Comment ça se passe ? Comment ça peut se passer ? »

Ce point sera analysé dans la discussion.

Des précisions supplémentaires sur des points précis sont également souhaitées :

« Peut-être sur les soins. Par exemple, on ne m'a jamais dit que fallait que ça soit sec [...] on ne m'a jamais dit, par exemple, s'il y avait un savon spécial, comment il fallait laver, est-ce que c'était avec un gant, est-ce que c'est avec la main, est-ce qu'il y a quelque chose de particulier à faire, est-ce qu'il y a une crème cicatrisante après les points soient tombés, est-ce qu'il fallait masser ... des choses comme ça [...] j'aurais aimé le savoir car je ne le savais pas ». Entretien avec Mme O.

D'autres préfèrent ne pas approfondir les informations reçues comme le montre cet extrait d'entretien avec Mme W :

« Enquêteur : Etes-vous globalement satisfaite de l'information qui vous a été délivrée sur l'épisiotomie au cours de votre suivi ?

Enquêtée : Je pense que ça me suffit. Pour le coup, si on était rentré peut-être plus dans le détail, ça aurait pu m'inquiéter plus qu'autre chose alors qu'au final ... je n'ai pas envie de rentrer dans le détail de exactement ce qu'ils ont coupé, où, comment. Je ne suis pas sûre d'avoir envie de le savoir. Juste de savoir que ça va se remettre d'ici un mois et qu'en attendant, ça risque d'être un peu douloureux ... ce flou me va bien quoi.

Enquêteur : D'accord. Donc, pour vous, pas de détails approfondis ?

Enquêtée : Non. Je n'ai pas trop envie de savoir à quoi ça ressemble ».

Enfin, certaines femmes avouent ne pas s'y être intéressées plus que ça sur le moment, comme c'est le cas pour Mme S. :

« Enquêteur : Globalement, parmi toutes les informations qu'on vous a données, est-ce que vous êtes satisfaites de tout ce qu'on vous a dit à propos de l'épisiotomie ?

Enquêtée : Heu ça va. Après, je n'ai pas cherché à plus me renseigner dessus. J'étais plus sur les questions pour l'enfant que sur moi en fait. J'ai juste demandé ce que c'était, on m'a dit ce que c'était, on m'a dit quoi faire pour la cicatrice mais après, je n'ai pas cherché à aller plus loin que ça en fait.

Enquêteur : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous auriez aimé savoir sur l'épisiotomie ?

Enquêtée : Non. Non, pas du tout. Vu qu'en fait je n'étais même pas intéressée par ça, vu que je ne savais pas comment ça se passait, je ne savais même pas qu'on faisait des déchirures déjà pour commencer. Donc je n'ai pas prêté attention ».

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

Je n'ai retrouvée aucune étude dans la littérature ayant traité des informations à propos de l'épisiotomie délivrées par les professionnels de santé au cours du suivi périnatal des femmes.

Pour rappel, les informations principales qui leur ont été délivrées, selon ce qu'en rapportent les femmes, sont :

Avant la grossesse :

- Expérience de l'entourage
- Caractère douloureux de l'épisiotomie

Pendant la grossesse :

- Episiotomie non systématique
- Qu'est-ce qu'une épisiotomie ?
- Types de fils utilisés lors de la suture

En salle de naissance :

- Types de fils et leur durée de résorption
- Conseils portant sur l'hygiène de la cicatrice
- Différents plans suturés
- Taille de l'épisiotomie

En suites de couches :

- Etat de cicatrisation
- Conseils d'hygiène
- Types de fils et leur délai de résorption
- Taille de l'épisiotomie

Le consentement n'est, pour ainsi dire, jamais recherché avant la réalisation de l'épisiotomie bien que, parfois, une information sur l'acte soit donnée en amont.

Les femmes interrogées ont également une bonne acceptation de l'épisiotomie, à tout le moins à court terme.

Tous ces items vont être discutés ci-après.

4.2 Forces et limites de l'étude

Ce sujet de maïeutique permet d'appréhender le quotidien des sages-femmes en salle de naissance. Bien que l'épisiotomie ne soit plus un acte aussi fréquent qu'il y a quelques années, elle reste une éventualité à laquelle les sages-femmes peuvent se retrouver confrontées ainsi que les patientes. De même, l'épisiotomie, comme tout acte chirurgical, est soumise au consentement éclairé des femmes, précédé d'une information claire et loyale donnée par l'accoucheur. Pour mieux préparer les femmes à cette possibilité, l'épisiotomie peut d'ores et déjà être abordée pendant la grossesse. Les thèmes principaux de cette étude, information et vécu, ont été très peu traités dans la littérature, du moins en tant que sujet principal.

L'étude a interrogé quinze femmes à J2 de leur accouchement. Les données concernant les informations reçues ou non reçues sont bien renseignées par les 15 entretiens menés, ainsi que l'impact de celles-ci sur le vécu qu'ont les femmes de leur épisiotomie au moment où elles ont été interrogées, soit à court terme.

Lors du premier contact avec les patientes, je me présentais en tant qu'étudiante sage-femme qui effectuait un travail de recherche sur le thème de l'épisiotomie. J'étais en tenue civile avec seulement mon badge pour m'identifier. Le fait de ne pas porter de tenue hospitalière me conférait un statut plus neutre, et évitait d'établir un lien avec le personnel de cette maternité. De plus, je leur précisais que mon travail constituait à interroger d'autres femmes qui avaient eu, comme elles, une épisiotomie et que leurs réponses seraient analysées de manière anonyme. Le fait d'être tout à la fois étudiante sage-femme mais en position de neutralité par rapport au lieu de soins étudié a probablement permis aux femmes interrogées de me faire confiance.

Cette étude présente un biais de sélection. Effectivement, la plupart des femmes interrogées appartiennent à une catégorie socio-professionnelle élevée. Ceci présente l'avantage de montrer que même pour elles le niveau de connaissance de l'épisiotomie avant la grossesse n'est pas très élevé et que l'information dispensée

au cours de la grossesse n'est pas toujours suffisante. De la même manière, le fait que leur consentement ne soit, à une exception près, jamais recherché laisse envisager ce qu'il en serait pour une population plus précaire, une population migrante pourvue que celle-ci ait des difficultés de compréhension de la langue, etc.

En revanche, la qualité des données recueillies dans cette étude est sûrement affectée par un biais de mémorisation. En effet, les informations qui ont pu leur être communiquées, dans la période du pré-partum notamment, remontent à plusieurs semaines. De plus, les patientes sont majoritairement des primipares. L'expérience de la grossesse s'apparente à quelque chose de nouveau. Toutes les informations délivrées concernant la grossesse, le travail, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement sont nouvelles et les patientes peuvent se retrouver submerger devant ce flot de messages, dont certains les interpellent plus que d'autres. Les informations données en salle de naissance, alors qu'elles attendent de rencontrer ce bébé qu'elles ont porté durant neuf mois, peuvent se perdre tant leur esprit est focalisé ailleurs. Il en va de même lorsqu'elles découvrent ce petit être posé sur leur ventre, les messages communiqués par les professionnels de santé sont relégués au second plan. En suites de couches, les informations communiquées par les sages-femmes, les infirmières, les auxiliaires de puériculture sont nombreuses, ce qui peut amener la femme à en oublier quelques-unes.

Enfin, dans cette enquête, le vécu de l'épisiotomie est évalué à court terme et parmi une population ne revendiquant pas d'accouchement non médicalisé. Il aurait été intéressant d'évaluer l'acceptation de l'épisiotomie dans le quotidien de la femme (à un mois, à la visite post-natale ...), mais les questions concernant l'information reçue dans le pré, le per et le post-partum auraient été moins interprétables du fait du biais de mémorisation.

4.3 La diffusion des informations

D'après l'article L1111-2 du Code de Santé Publique, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (27).

Dans mon étude, les patientes ont principalement reçu des informations sur l'épisiotomie lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Historiquement, la préparation à la naissance avait pour but la prise en charge de la douleur. C'est en 1952, après avoir assisté à un accouchement naturel et sans douleur en Russie, que le Dr Lamaze, obstétricien à la maternité des Bluets à Paris, lance une nouvelle approche de l'accouchement qui se base sur la respiration et les conditions psychiques optimales pour favoriser un accouchement physiologique (28). Aujourd'hui, elle permet un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Elle doit améliorer les compétences des femmes et des couples en matière de santé et de soutien à la parentalité (29). En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge (séances individuelles ou en groupe) par l'assurance maladie. L'entretien individuel ou en couple fait partie de ces 8 séances (29). Ces séances sont l'occasion de :

- Diffuser des informations relatives à la grossesse, au travail, à l'accouchement et ses complications, aux suites de couches, au retour à domicile, à l'allaitement ...
- S'assurer de leur compréhension
- L'apprentissage des techniques de travail corporel
- Développer des compétences parentales et des ressources personnelles (29)

Ces séances constituent des instants de partage d'expérience (si elles sont réalisées en groupe), d'écoute et de questionnements pour la femme.

D'après un mémoire d'une étudiante sage-femme s'intéressant à « L'évaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches » menée en 2010, 28% des femmes reçoivent des informations sur l'épisiotomie en PNP et 57% par leur entourage et les médias (30). Un autre mémoire d'étudiante sage-femme réalisé en 2007 intitulé « L'épisiotomie en 2007 : enquête auprès de 202 sages-femmes en Seine-Maritime » montrait que, selon les sages-femmes, 43% des patientes recevaient des informations sur l'épisiotomie au cours des séances de PNP, 13% en reçoivent en consultation et 73% en salle de naissance (31). Dans ces deux mémoires, la PNP ne représente pas le lieu principal où l'information à propos de l'épisiotomie est délivrée, ce qui est différent de mon étude.

4.4 Les femmes et l'information : Satisfaites mais ...

Dans mon étude, les patientes interrogées sont globalement satisfaites, en première réponse, des informations qu'elles ont reçues à propos de l'épisiotomie. Ceci est en corrélation avec l'étude du CIANE menée en 2013 qui montre que les patientes s'estiment mieux informées sur l'épisiotomie par les professionnels de santé qu'auparavant : 56% pensent avoir reçu suffisamment d'information contre 33% avant 2005. Malgré ces progrès, 12% estiment ne pas avoir reçu suffisamment d'information, 29% à ne pas en avoir reçu et une très petite proportion juge en avoir trop reçu (9). Toujours d'après cette même étude, il a été constaté que celles qui ont eu une épisiotomie sont trois fois plus nombreuses à répondre qu'elles ont une information mais qu'elles la jugent insuffisante (9). D'après le CIANE, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une fois confrontées à l'épisiotomie, les patientes découvrent qu'il leur manque des informations (9). Bien que les patientes interrogées dans mon étude s'estiment être satisfaites des informations communiquées à propos de l'épisiotomie, certaines avouent, après réflexion, qu'elles auraient aimé avoir des informations complémentaires ; ce constat rejoint les résultats de l'étude du Collectif.

Concernant ce revirement d'opinion, ceci peut s'expliquer par ma position d'étudiante sage-femme. En effet, étant étudiante et, de plus, n'étant pas en stage dans cette maternité au moment du recrutement des patientes, je pouvais leur consacrer un temps illimité et, de ce fait, à leurs questionnements et à leurs confidences. D'ailleurs, certains entretiens étaient particulièrement longs car ces femmes discutaient de leur accouchement, par exemple leur pré-travail, les raisons de leur épisiotomie etc. Cet entretien a permis à bon nombre d'entre elles de rediscuter de leur accouchement avec un professionnel, d'obtenir des réponses (j'ai eu accès aux données de leur dossier obstétrical) et d'extérioriser leur ressenti, leurs interrogations etc. Ma neutralité vis-à-vis du personnel de la maternité et mon regard extérieur les a probablement incitées à se confier. De même, ma disponibilité a sans doute contribué à leurs confidences : en effet, le personnel de la maternité est sujet aux contraintes de temps (gestion d'autres patientes ...). Néanmoins, ma position d'étudiante sage-femme peut constituer une limite. Lors de la question concernant leur satisfaction des informations, certaines femmes interrogées répondent qu'elles en sont satisfaites. Mais lors de la question concernant les informations complémentaires qu'elles auraient aimé obtenir, elles prennent un temps pour réfléchir ... avant de confier qu'elles auraient aimé des explications sur certains points, et par conséquent, avouent leur insatisfaction. Ceci peut s'expliquer que dans un premier temps, elles ne veulent pas froisser les sages-femmes qui se sont occupées d'elles, et plus largement la profession de sage-femme en tant que telle à laquelle je fais partie. Elles auraient souhaité avoir des informations complémentaires sur l'épisiotomie ou des points précis (soins à apporter à la cicatrice, nombre de points, position à adopter à l'accouchement pour préserver le périnée ...).

D'autre part, il est intéressant de noter que certaines femmes avouent ne pas vouloir davantage d'informations, soit par manque d'intérêt comme l'explique Mme S (cf. page 43), soit parce que trop d'informations peuvent s'avérer anxiogènes, ce qui est le cas pour Mme W (cf. page 43). Dans les deux cas, il ne s'agit pas d'un manque d'information par les professionnels de santé mais plutôt, un souhait des patientes de ne pas approfondir les connaissances qu'elles possèdent déjà.

De plus, au cours de mon étude, rappelons que cinq patientes n'avaient pas entendu parler de l'épisiotomie avant leur grossesse. Et sept femmes n'ont pas eu

d'informations sur l'épisiotomie au cours de leur grossesse, soit parce qu'elles n'ont pas fait de préparation à la naissance (c'est notamment le cas des deux multipares et d'une patiente travaillant dans un service de gynécologie obstétrique), soit parce que ce thème n'a pas été abordé lors des cours. Celles qui ont participé aux cours de PNP sans avoir d'informations (ou peu) sur l'épisiotomie sont celles qui déplorent le manque d'information, et par conséquent, leur insatisfaction.

De plus, l'entretien avec Madame B (cf. page 42) établit un lien direct entre le manque d'information et l'appréhension qu'elle avait de l'acte. Elle explique qu'elle aurait moins appréhendé l'épisiotomie si elle avait eu des informations sur le geste au cours de sa grossesse. Cela montre bien l'importance de la place de la PNP au cours du suivi prénatal où sont abordées beaucoup de thèmes et où des informations fiables sont communiquées. Ce d'autant que le temps imparti des consultations prénatales est trop court pour que les sages-femmes et les obstétriciens puissent aborder ces sujets.

4.5 La recherche du consentement : des progrès restent à faire

Dans cette étude, la question de la recherche du consentement a été posée. En effet, la loi de 2002 relative aux 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) (32).

Une seule patiente de mon étude précise que son consentement a été recherché à propos de cet acte. Pour rappel, elle le relate ainsi :

« Elle m'a demandé si je voulais une épisiotomie ou non. Elle m'a dit qu'elle ne pensait pas que ça serait utile mais si jamais ça l'était, est-ce que je voulais ou non une épisiotomie. Moi j'ai répondu que si c'était nécessaire, on faisait mais que c'était mieux si je pouvais accoucher sans en avoir une, bien sûr ». Entretien avec Mme V.

Néanmoins, il semble important de préciser que cette patiente et la sage-femme se connaissaient auparavant. Il convient de s'interroger sur la pratique de cette sage-

femme, pour savoir si elle demande systématiquement aux patientes le consentement à la réalisation d'une épisiotomie ou si cette demande de consentement n'a été faite qu'en raison des rapports préexistants entre les deux femmes.

D'après une étude du CIANE réalisé en 2013, 85% des épisiotomies sont réalisées sans demande de consentement (9). Par ailleurs, toujours d'après l'étude du CIANE, dans le cas où le consentement est demandé, 7 femmes sur 10 acceptent l'épisiotomie. Ici, l'étude qualitative ne permet pas d'établir des pourcentages mais ses résultats confortent celui du Collectif (9). Enfin, le CIANE montre qu'il existe un lien entre l'information et la demande du consentement : en effet, les patientes qui s'estiment bien informées sont celles à qui on a le plus demandé le consentement (20% de demande de consentement) alors que moins elles s'estiment bien informées, moins leur consentement leur a été demandé (seulement 9% de demande) (9). Le CIANE évoque plusieurs hypothèses pour expliquer ce lien, soit les femmes mieux informées imposent leur droit de consentir ou non, soit les établissements de santé qui informent le moins sont les moins respectueux de la demande (9). Dans mon enquête, il me semble important de souligner que deux patientes ont donné leur assentiment pour l'épisiotomie après avoir eu une information sur l'acte par la sage-femme. Il ne s'agit pas d'un lien information-demande de consentement mais plutôt d'un lien information-autorisation de la patiente comme en témoigne Mme Q. (cf. page 40).

En 2016, un mémoire de sage-femme intitulé « Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie » montrait un résultat intéressant. Parmi les sages-femmes questionnées, 45,3% considèrent que la recherche du consentement à l'épisiotomie est non justifiée contre 10,5% d'entre elles qui le juge obligatoire (3). Concernant la délivrance de l'information relative à l'épisiotomie, 61% d'entre elles considèrent que cela est important, mais 14,4% estiment que cela peut s'avérer anxiogène (3).

Néanmoins, si l'on peut s'interroger sur cette « non recherche » de consentement, certaines femmes avouent préférer s'en remettre complètement aux professionnels de santé pour prendre la décision de l'épisiotomie comme l'ont souligné les entretiens de Mmes O. et L. (cf. page 41). Ceci montre également l'acceptation des

femmes rencontrées de la médicalisation de l'accouchement. Médicalisation qui est, pourtant, actuellement remis en cause, notamment avec le développement des accouchements à domicile et les maisons de naissance.

Dans l'étude « L'évaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches », 79% des patientes ne sont pas informées de l'épisiotomie au moment de l'incision (30). Il n'est pas précisé si une information a été donnée en amont de l'acte ou si un consentement préalable avait été recherché. Dans mon enquête, cela a été le cas pour certaines patientes. Une femme interrogée raconte que la sage-femme qui l'a assisté lors de son accouchement l'a informée ne pas la prévenir lors de la réalisation de l'épisiotomie, arguant le fait que la patiente doit être concentrée sur son effort de poussée.

On peut donc conclure que le consentement à la réalisation de l'épisiotomie n'est pour ainsi dire jamais demandé. Il est intéressant de souligner que si cette étude avait concerné une population plus précaire, ce résultat aurait sans doute été d'autant plus marqué. Une étude de P. Sauvegrain, intitulée « Des « femmes africaines » à la « mère africaine » en maternité » s'est intéressée aux « processus de catégorisation des femmes africaines » tout au long de leur parcours de soin en maternité. Il est montré que ce type de population est souvent catégorisé par les professionnels de santé (33). Lors des consultations prénatales, elles sont, par exemple, critiquées car elles ne font pas les examens demandés ou ne viennent pas aux rendez-vous. Les professionnels sont alors plus enclins à ne pas proposer les soins non obligatoires (séances de PNP justement mais aussi consultations avec les psychologues) car ils partent du principe qu'elles ne sont pas intéressées. On peut supposer que pour ces femmes, le consentement à la réalisation de l'épisiotomie serait encore moins recherché que pour les femmes que nous avons rencontrées. Une des patientes de mon étude, Mme U., née en Guyane, a eu une grossesse mal suivie et une consommation de cannabis jusqu'à six mois. Plusieurs fois au cours de notre entretien, elle explique qu'on ne lui a pas expliqué grand-chose de l'épisiotomie (cf. pages 32-33), ce qui rejoint les résultats de P. Sauvegrain (33).

En plus de cette « non recherche » de consentement, il semble au travers de leur discours qu'elles sont infantilisées puisqu'on ne leur parle que de « petite

épisiotomie ». La taille de l'épisiotomie est une des informations principales que les femmes interrogées rapportent. Lorsque je leur demande si elles savent ce qu'est l'épisiotomie, certaines d'entre elles la qualifie de « petite incision ». Au fil de l'entretien, elles évoquent souvent le fait que ça soit une « petite épisiotomie » et qu'elles « s'en sortent bien ». Comme vu précédemment, l'épisiotomie est un acte qu'elles redoutent parce que douloureux et qu'elle concerne la région du périnée, donc l'intimité de la femme. Insister autant sur la taille de l'épisiotomie peut être un moyen que les sages-femmes et obstétriciens utilisent pour « dédramatiser » l'acte, voire même le minimiser. L'adjectif « petite » a un caractère rassurant pour les patientes. On peut s'interroger sur cette « infantilisation » que subissent les femmes, déjà évoquée plus haut avec P. Sauvegrain (33). D'après Nicole Ferry, médecin formatrice en périnatalité, dans son ouvrage « Devenir mère, une formidable rencontre », la position gynécologique « imposée » aux femmes pour l'accouchement est un moyen de les infantiliser car « S'allonger, c'est se mettre dans une position de soumission, d'obéissance à celui qui sait » (36). Cette position est pourtant dite sécuritaire par les accoucheurs car elle permet, en cas d'urgence, de pratiquer des actes pour permettre une sortie rapide du fœtus (tel que les forceps, ou l'épisiotomie ...).

Il convient de rappeler que les sages-femmes (comme tous les professionnels de santé) sont tenues de délivrer une information claire et loyale sur les actes effectués, et le consentement de la femme doit être, à l'issue de cette information, systématiquement recherché. Mais rappelons aussi que l'épisiotomie est un acte qui ne se prévoit pas et qu'elle est réalisée souvent dans une situation urgente, selon le jugement clinique de la sage-femme ou du gynécologue obstétricien. L'éventualité d'une épisiotomie peut être évoquée au cours du travail ou lors de l'installation pour l'accouchement, ce qui a été le cas pour quelques patientes de mon étude.

4.6 Une bonne acceptation globale de l'épisiotomie

Peu d'études se sont intéressées à l'expérience des femmes à propos de l'épisiotomie.

Dans mon étude, je me suis intéressée au vécu de l'épisiotomie à l'accouchement et à J2 du post-partum.

4.6.1 L'épisiotomie lors de l'accouchement

Lorsqu'elles apprennent qu'une épisiotomie a été réalisée, les patientes ressentent une légère déception mais, dans un même temps, expriment une certaine acceptation (cf. extraits d'entretiens page 35-36).

Il est intéressant de noter que cette déception est justifiée : en effet, elles expliquent qu'elles auraient préféré éviter l'épisiotomie. Lorsqu'elles ont été interrogées sur les informations reçues avant et pendant la grossesse, la plupart d'entre elles confient des expériences de leur entourage ou des témoignages lus sur internet où le caractère douloureux de l'épisiotomie est beaucoup mis en avant. Ainsi, l'épisiotomie est rattachée à la douleur, ce qui peut expliquer le souhait des patientes de ne pas en avoir.

A ces sentiments, se rajoute également du soulagement notamment pour les patientes dont le travail et la durée des efforts expulsifs ont été particulièrement longs. Enfin, certaines femmes ont exprimé une appréhension concernant les suites et les conséquences de l'épisiotomie, en particulier sur les sensations au niveau du périnée. Au vu des résultats, aucune femme n'exprime un mauvais vécu de l'épisiotomie à l'accouchement. Un mémoire d'étudiante sage-femme réalisé en 2016 intitulé « L'épisiotomie : un mois plus tard » retrouve des résultats similaires : en effet, dans son étude, 74% des patientes expriment un bon ou un assez bon vécu de l'épisiotomie à l'accouchement contre 26 % qui considèrent avoir mal ou très mal vécu l'acte (34).

Il semble également intéressant de noter que les patientes confient avoir fait confiance à la sage-femme et à l'équipe médicale. La confiance a sûrement été un facteur clé dans l'acceptation de l'épisiotomie par ces femmes. Cela rappelle l'importance de la relation entre les patients et les praticiens.

4.6.2 L'épisiotomie en suites de couches

A deux jours de leur accouchement, les patientes apprennent à vivre leur quotidien avec l'épisiotomie. Dans la très grande majorité, elles expriment la douleur de l'incision. Dans cette maternité francilienne, des antalgiques types Paracétamol et Ibuprofène sont donnés à titre systématique à toutes les accouchées, épisiotomie ou non. Les patientes expliquent être soulagées par ces antidouleurs, à l'exception de Mme I. qui a l'impression que la douleur de son épisiotomie est mal prise en compte par le personnel des suites de couches (cf. page 37). Son discours est assez négatif. Le mémoire de Soline Gaubert intitulé « Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement » montre que plus la douleur est intense en suites de couches, plus les femmes ont un mauvais vécu de leur épisiotomie (35). Il semblerait intéressant de s'intéresser à la prise en charge de la douleur de cette patiente : il s'avère qu'elle prend bien les antidouleurs prescrits à titre systématique mais que ces derniers ne semblent pas assez efficaces pour la soulager. Peut-être aurait-il fallu lui proposer un antalgique plus puissant (type Néfopam qui est souvent donné pour les patientes césarisées) et prendre du temps pour établir un dialogue et lui permettre d'exprimer son ressenti, sa douleur afin de mieux la prendre en charge.

Il convient également de signaler les difficultés rencontrées par les patientes suite à leur épisiotomie. En effet, sont signalées principalement des difficultés à se mouvoir (marcher, s'asseoir, se lever), mais également des difficultés à aller aux toilettes, se laver et s'occuper de leur bébé. Ces difficultés sont également retrouvées dans le mémoire de S. Gaubert (35).

De plus, certaines femmes expriment de l'appréhension quant aux complications de l'épisiotomie (infection, désunion) et s'inquiètent à l'idée de ne pas retrouver les

mêmes sensations au niveau du périnée qu'avant. Une deuxième pare confie que l'épisiotomie va l'empêcher de s'occuper de son aîné de 3 ans.

La vie quotidienne et la reprise des rapports sexuels sont également questionnées. Pour la majorité des femmes, il n'existe pas d'appréhension concernant le retour à la maison, notamment en ce qui concerne la mobilisation au quotidien. Egalement, cette même majorité n'appréhende pas la reprise de leur vie de couple. Néanmoins, il convient de noter qu'à cet instant, les patientes avouent ne pas se poser la question des rapports sexuels, elles s'intéressent d'abord à leur nouveau-né et à leur nouvelle famille. Il serait intéressant de poser cette question à distance de l'accouchement. D'après le mémoire « Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement », 87% des femmes ont repris les rapports sexuels à 3 mois, mais il convient de signaler que la moitié des femmes interrogées ressent des douleurs au moment des rapports et pour la grande majorité d'entre elles, cela serait dû à l'épisiotomie (35).

Il en résulte que l'épisiotomie est plutôt bien vécue par les femmes interrogées à deux jours de l'accouchement, malgré quelques craintes et la douleur. Toujours d'après le mémoire « L'épisiotomie : un mois plus tard », il en résulte que 90% des patientes questionnées à J2 considèrent avoir un bon ou un assez bon vécu de l'épisiotomie, contre 10% qui jugent avoir un mauvais vécu leur épisiotomie (34). Ces résultats sont en conformité avec ceux retrouvés ici.

La satisfaction des informations constitue un rôle clé pour la bonne acceptation de l'épisiotomie. Le mémoire de Soline Gaubert montre que 77% des patientes qui n'ont pas reçu d'informations à propos de l'épisiotomie en suites de couches ont un mauvais vécu de leur épisiotomie. Elle explique que ce manque d'information et d'échange avec les professionnels de santé a pu les empêcher d'extérioriser cette expérience négative (35).

Egalement, le CIANE montre un lien entre la souffrance des femmes et le consentement (9). En effet, les femmes à qui on a demandé le consentement sont celles qui disent le moins souffrir de leur épisiotomie. Pour expliquer ce lien, le Collectif avance l'hypothèse que le ressenti de la souffrance dépend de la manière dont la femme a été considérée par le personnel, et la demande de consentement fait partie des bons traitements (9). Ici, Mme V. est la seule patiente à qui le

consentement à la réalisation de l'épisiotomie a été demandé. Concernant son ressenti de l'épisiotomie en suites de couches, elle déclare « ne pas la sentir », et par conséquent ne pas en souffrir (cf. page 37).

Au vu de tous ces éléments, il paraît indispensable de rappeler que l'épisiotomie n'est pas un geste anodin et qu'elle ne doit pas être banalisée, même si elle est plutôt bien vécue par les femmes.

4.7 L'accouchement : le plus beau des souvenirs

Mon enquête s'est intéressée au vécu global de l'accouchement afin de déterminer si l'épisiotomie peut ternir ce souvenir si précieux pour les femmes. Il en résulte que parmi les patientes interrogées, le vécu de l'accouchement est globalement bon. La douleur des contractions utérines avant la pose de l'analgésie péridurale ainsi que la durée du travail parfois longue sont les éléments sur lesquels les patientes s'épanchent. L'épisiotomie n'est pas considérée comme un point négatif même si, cela a été vu précédemment, elle reste un acte que les femmes auraient aimé se passer. Une seule patiente garde un mauvais souvenir de son accouchement mais n'impute pas ce ressenti à l'épisiotomie seule.

Il en résulte qu'un bon vécu de l'accouchement permet une meilleure acceptation de l'épisiotomie. Ce résultat est retrouvé dans le mémoire de S. Gaubert (35).

Au final, les hypothèses de mon étude sont validées.

Concernant la première hypothèse, certaines patientes interrogées se disent satisfaites, dans un premier temps, de l'information reçue sur l'épisiotomie au cours de leur suivi, mais confessent dans un second temps manquer d'information sur certains points. Les progrès en termes d'information doivent être maintenus.

Egalement, on peut considérer que le consentement n'est pour ainsi dire jamais recherché avant la réalisation de l'acte. Pour certaines, une information sur l'épisiotomie est donnée en amont de l'acte, mais elle ne peut se substituer entièrement au consentement.

Enfin, le vécu de l'épisiotomie dépend des informations reçues au cours du suivi périnatal, notamment en salle de naissance qui constitue le moment où elles se retrouvent confrontées à la réalité du geste.

Conclusion

Peu d'études se sont intéressées au vécu des femmes à propos de l'épisiotomie, et encore moins aux informations communiquées par les professionnels de santé à ce sujet. L'étude du CIANE en 2013 a publié des résultats intéressants entre autres, une diminution du taux d'épisiotomie, une meilleure satisfaction des femmes en ce qui concerne l'information sur l'acte mais aussi une non-recherche du consentement et une forte proportion de femmes qui souffre de leur épisiotomie.

Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs points intéressants.

Les femmes savent ce qu'est l'épisiotomie et pourquoi l'on peut être amené à la pratiquer en salle de naissance. L'épisiotomie est davantage abordée en préparation à la naissance et à la parentalité, en salle de naissance et en suites de couches. Les informations communiquées sont diverses et variées mais suffisantes selon la plupart des patientes qui en sont satisfaites.

Cette satisfaction conditionne la bonne acceptation de l'épisiotomie par les femmes. Bien que ces résultats soient encourageants, il convient de ne pas banaliser ce geste car la douleur est bien réelle et les appréhensions des femmes sur les complications de l'épisiotomie sont présentes et justifiées.

Les progrès sur la communication des informations sont à maintenir mais il convient d'alerter sur un autre point important : la non recherche du consentement à l'épisiotomie. Avant la réalisation de l'acte, les sages-femmes doivent communiquer une information claire et loyale à propos de l'épisiotomie avant de rechercher le consentement de la patiente. Bien évidemment, ceci doit être replacé dans le contexte de la salle de naissance avec toutes les obligations qui incombent aux sages-femmes dans ce service ainsi que les urgences éventuelles.

Les résultats de cette étude s'insèrent dans la formation des étudiants sages-femmes. Les écoles de formation au métier de sage-femme se doivent de former les étudiants sur l'importance du droit des patients : droit à l'information, droit de consentir ou non à la pratique d'un soin. Plus globalement, ces droits concernent tous les étudiants en santé. Néanmoins, il faut souligner qu'il est parfois difficile pour l'étudiant d'appliquer la théorie enseignée par l'école sur les terrains de stage où la

réalité peut être autre. C'est en cela que la formation continue des sages-femmes prend toute son importance : il convient de rappeler aux professionnels les fondamentaux du droit en santé. Il n'est pas question que les résultats de ce mémoire remettent en cause les pratiques des professionnels ; ils servent de constat et permettent de mieux appréhender le point de vue des femmes, toujours dans l'objectif d'améliorer la relation entre soignant et soigné.

Enfin, cette étude ouvre des pistes de recherche : il serait intéressant de réaliser une étude qualitative à plus long terme sur l'acceptation de l'épisiotomie dans le quotidien des femmes ou de confronter ces résultats aux pratiques des soignants en ce qui concerne leur recherche de consentement auprès des patientes (des soins pour lesquels on ne procède pas à un consentement écrit, tels que l'épisiotomie, le déclenchement du travail, la réalisation d'un toucher vaginal etc.). De même, une étude qualitative afin de comprendre le positionnement des professionnels de santé vis-à-vis de leur pratique de l'épisiotomie serait intéressante à mener.

Bibliographie

1. PIERRE, Anaïs. *L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette compétence, étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France*. Mémoire quantitatif, Université Henri Poincaré Nancy I, 2011, 83p. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_PIERRE_ANAIS.pdf [consulté le 7 avr 2017]
2. CIANE. La fin de l'épisiotomie ? Disponible sur: <http://ciane.net/2006/04/lafindelepisiotomie/> [consulté le 23 mai 2016]
3. SUBRINI, Laura. *Points de vue et attitudes des sages-femmes vis-à-vis de l'épisiotomie*. Mémoire quantitatif, Université Paris Descartes, 28 juin 2016, 63p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412783/document> [consulté le 7 avr 2017]
4. Larousse É. Archive Larousse : Larousse Médical Edition 2006. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/344> [consulté le 7 avr 2017]
5. Définition de l'épisiotomie | Episio.info. Disponible sur: <http://www.episio.info/connaître/episiotomie/> [consulté le 7 avr 2017]
6. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leurs évolution depuis 2003. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf [consulté le 10 avr 2017]
7. MANGIN M, et al. 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;39:121-32.
8. CHUILON A-L, et al. 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;45(7):691-00

9. CIANE. Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes.pdf. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf> [consulté le 24 mai 2016]
10. European perinatal health report : Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.pdf. Disponible sur: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf [consulté le 7 avr 2017]
11. VARDON D, REINBOLD D, DREYFUS M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes - *EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013;8(1):1-16
12. Anatomie du périnée féminin. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/1.html> [consulté le 7 avr 2017]
13. CNGOF - L'épisiotomie (2005) : Recommandations pour la pratique médicale. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM [consulté le 24 dec 2015]
14. Techniques de suture continue et discontinue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré | Cochrane. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD000947/techniques-de-suture-continue-et-discontinue-pour-la-reparation-de-lepisiotomie-ou-des-dechirures-du-second-degre> [consulté le 7 avr 2017]
15. OULD F. *A Treatise on Midwifery in three parts*. Dublin: Nelson and Connor; 1742. 145 p.
16. BOGAERTS A. *Vroedkunde.: Normale baring en kraambed*. Maklu; 2016. 492 p.
17. Episiotomy | The Global Library of Women's Medicine. Disponible sur: http://www.glowm.com/section_view/heading/Episiotomy/item/128 [consulté le 7 avr 2017]

18. DELEE JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2002;187(1):254-5.
19. Histoire de l'épisiotomie | Episio.info. Disponible sur: <http://www.episio.info/connaitre/histoire/> [consulté le 24 dec 2015]
20. POMEROY R. Shallwecut and reconstruct the perineum for every primipare ? *Am J Obstet Dis Women Child.* 1918;78:211.
21. THACKER S, BANTA H. Benefits and risks of episiotomy : an interperative review of the English language litterature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983;38:322-38.
22. WOOLLEY R. Benefits and risks of episiotomy : a review of the English-language literature since 1980. Part 1&2. *Obstet Gynecol Surv.* 1995;50:806-35.
23. CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000081.
24. CARROLI G, MIGNINI L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 janv 2009;(1):CD000081.
25. CIANE. Lettre à la HAS. Disponible sur: <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.ciane.info%2Farticle-1994310.html> [consulté le 7 avr 2017]
26. RIETHMULLER D, COURTOIS L, MAILLET R. L'épisiotomie - Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2006;35(S1):32-9
27. Code de la santé publique - Article L1111-2.
28. Préparation à la naissance et à la parentalité. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.html#1> [consulté le 7 avr 2017]

29. HAS, Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf [consulté le 7 avr 2017]
30. OUDDASSER Khadija. *Evaluation de la prise en charge de la douleur de l'épisiotomie dans les suites de couches*. Mémoire quantitatif, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, 2010, 64p. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00673785/document> [consulté le 23 mai 2016]
31. DELACROIX, Céline. *L'épisiotomie en 2007 : enquête auprès de 202 sages-femmes de Seine-Maritime*. Mémoire quantitatif, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, 2008, 70p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00674334/document> [consulté le 7 avr 2017]
32. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
33. SAUVEGRAIN P. Des « femmes africaines » à la « mère africaine », en maternité. *Revue de la sage-femme*. Nov 2013;12(5):191-5.
34. LACAILLE, Garance. *L'épisiotomie : un mois plus tard. Étude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes*. Mémoire quantitatif, Université Catholique de Lille, 2015, 50p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01440801/document> [consulté le 7 avr 2017]
35. GAUBERT, Soline. *Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement*. Mémoire quantitatif, Université Saint Quentin en Yvelines, 29 mai 2015, 61p. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227972/document> [consulté le 23 mai 2016]
36. FERRY N. Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*. 6 janv 2009;(47):157-65.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Renseignements généraux à la consultation du dossier : âge, gestité/parité, profession, pays de naissance, situation familiale, pathologie éventuelle de la grossesse, déroulement global de l'accouchement (travail, accouchement, état et mensurations du nouveau-né)

Questions :

- Selon vous, qu'est-ce qu'une épisiotomie ?
- Aviez-vous déjà entendu parler de l'épisiotomie avant votre grossesse ?
 - Si oui, quelles informations aviez-vous ?
 - Qu'en pensiez-vous ?
- Vous a-t-on parlé de l'épisiotomie au cours de la grossesse ?
 - Si oui, que vous a-t-on dit ? A quel moment ? Par qui ?
 - Qu'en pensiez-vous ?
- Vous a-t-on évoqué l'épisiotomie en salle de naissance ?
 - Si oui, que vous a-t-on dit ? A quel moment ? Par qui ?
- Avez-vous été prévenue au moment de la réalisation de l'épisiotomie ?
- Qui a réalisé votre épisiotomie ?
- Qu'avez-vous ressenti lors de votre épisiotomie ?
- En suites de couches, est-ce qu'on vous parle de votre épisiotomie ?
 - Si oui, que vous dit-on ?
- Comment vivez-vous votre épisiotomie à quelques jours de l'accouchement ?
- Etes-vous globalement satisfaite de l'information qui vous a été délivrée sur l'épisiotomie au cours de votre suivi ?
- Quelles informations complémentaires auriez-vous voulu avoir sur l'épisiotomie ?
- Quel souvenir gardez-vous de l'accouchement ?
- Appréhendez-vous le retour à la maison avec votre épisiotomie (mobilité, rapports sexuels ...) ? Pourquoi ?

Annexe 2 : Les recommandations sur l'épisiotomie du CNGOF (2005)

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3e et du 4e degré (Grade A). Elle réduit en revanche le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (Grade A).

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (Grade A) ou par urgenturies (« impériosités mictionnelles ») (Grade B).

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (Grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (Grade C).

Actuellement, il n'est pas possible d'évaluer le rôle préventif d'une politique libérale d'épisiotomies sur le risque de troubles de la statique pelvienne à long terme, en raison du manque de données scientifiques. Le seul élément objectif est la réduction de la force musculaire périnéale trois mois après l'accouchement dans le groupe avec épisiotomie libérale (Grade B).

L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfices à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal (Grade C) que maternel (Grade A). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée.

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare (Grade B).

Il n'y a pas de preuves pour recommander la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C).

La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (Grade B). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (Grade B) mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi.

L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A).

En cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, de présentation du siège ou d'accouchement gémellaire, il n'existe pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique systématique de l'épisiotomie (Accord professionnel).

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (Grade B).

Les antécédents de lésions périnéales du 3e et du 4e degré et les mutilations ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie.

Une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale (Grade C). En cas de rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 1998 sur les modalités de naissance des enfants de faible poids concluaient à l'absence de données en faveur de la pratique systématique de l'épisiotomie chez le fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date, aucun travail n'a modifié ces conclusions.

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

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.

Résumé

Objectifs : Cette étude a pour but de déterminer quelles informations à propos de l'épisiotomie sont communiquées aux patientes selon leurs dires, et de comprendre l'influence de ces données sur leur acceptation du geste quand il est réalisé.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au sein d'une maternité de type III. Quinze entretiens semi-directifs ont été menés auprès de femmes ayant eu une première épisiotomie à J2 du post-partum. Le guide d'entretien interrogeait les connaissances de ces femmes à propos de l'épisiotomie, les informations reçues des professionnels de santé, la recherche du consentement avant la réalisation de l'acte et leur vécu de l'épisiotomie à court terme.

Résultats : Les femmes interrogées sont globalement satisfaites des informations communiquées à propos de l'épisiotomie et, de ce fait, elles jugent leur vécu de l'acte plutôt bon. En revanche, le consentement à la réalisation de l'épisiotomie n'est pas demandé bien qu'une information à propos du geste soit, quelques fois, délivrée en amont. Les patientes ont confiance envers les sages-femmes et ne remettent pas en cause leur la décision de pratiquer une épisiotomie.

Mots clés : épisiotomie, information, consentement, vécu

Abstract

Objective: The objectives of this study are to know which informations about episiotomy are communicated to patients according to them and to understand the influence of this data on their acceptance of the gesture.

Methods: It is a qualitative study achieved in a level III maternity. Fifteen semi-directive interviews were conducted among women at D2 of the postpartum stay. The interview grid questioned knowledge of these women about episiotomy, the information they received from health professionals, the search of consent before realization of this surgery and their experience of the episiotomy at short-term.

Results: It appears that the women interviewed are generally satisfied with communicated informations about episiotomy and, consequently, they evaluate their experience of this surgery rather good. However, the consent for the realization of episiotomy is not asked although an information is, sometimes, deliver in advance. Patients have faith in midwives and don't question the decision of episiotomy.

Key words: episiotomy, information, consent, experience