HAL
open science

Audit clinique cible portant sur le dossier obstétrical en cas d'épisiotomie à la maternité de type III au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Justine Mallet

To cite this version:

Justine Mallet. Audit clinique cible portant sur le dossier obstétrical en cas d'épisiotomie à la maternité de type III au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01700787

HAL Id: dumas-01700787

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01700787v1

Submitted on 5 Feb 2018

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université de Clermont - Auvergne

AUDIT CLINIQUE CIBLE PORTANT SUR LE DOSSIER OBSTETRICAL EN CAS D'EPISIOTOMIE A LA MATERNITE DE TYPE III AU SEIN DE LA REGION AUVERGNE - RHÔNE-ALPES

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Justine MALLET

Née le 05.03.1994

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE
CLERMONT-FERRAND

Université Clermont - Auvergne

AUDIT CLINIQUE CIBLE PORTANT SUR LE DOSSIER OBSTETRICAL EN CAS D'EPISIOTOMIE A LA MATERNITE DE TYPE III AU SEIN DE LA REGION AUVERGNE - RHÔNE-ALPES

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Justine MALLET

Née le 05.03.1994

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

Remerciements

Je remercie tous ceux qui ont permis la réalisation de ce mémoire, en particulier :
Madame Inès PARAYRE, sage-femme enseignante, pour sa rigueur et ses conseils,
Monsieur Sylvain GONY, sage-femme, pour sa disponibilité,
L'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand.

Je remercie également toute ma promotion de sage-femme.

Pour finir, j'adresse un grand merci :
A mes parents, qui ont toujours cru en moi,
A mon frère, pour son optimisme,
A mes amis, qui ont toujours été présents,
A Megane & Elodie, pour leur amitié et leur soutien sans faille,
A toi.

GLOSSAIRE

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

AUDIPOG : Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSF : Collège national des sages-femmes

EN : Echelle numérique

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle verbale simple

HAS : Haute autorité de santé

NA : Non adapté

NICE : National institute for health and care excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

OS : Occipito-sacré

PAG : Petit poids pour l'âge gestationnel

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RCM : Royal college of midwives

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

RSPA : Réseau de santé périnatal d'Auvergne

TR : Toucher rectal

TV : Toucher vaginal

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE
1. Anatomie du périnée 4
2. L'épisiotomie 6
3. Traçabilité des informations médicales dans les dossiers de soins 24
4. L'analyse des pratiques professionnelles 26
5. La maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes 28

POPULATIONS ET METHODES
1. L'étude et les objectifs 30
2. Méthode 31

RESULTATS
1. Présentation des résultats obtenus 38
2. Comparaison des résultats avec ceux obtenus aux 2 premiers audits 42

DISCUSSION :
1. Critique de l'étude 45
2. Analyse des résultats 46
3. Projets d'action 54

CONCLUSION

REFERENCES

ANNEXES

INTRODUCTION

L'épisiotomie est un acte fréquent qui concerne un grand nombre de femme et qui est potentiellement évitable dans de nombreux de cas. Sa réduction est un souhait fort des usagers. La morbidité liée à l'épisiotomie est non négligeable (douleurs, pertes sanguines, risque d'infection du site opératoire, etc.)
Il existe par ailleurs un référentiel national : Recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur l'épisiotomie du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et du Collège national des sages-femmes (CNSF) paru en 2005 (1).

L'épisiotomie par sa fréquence et ses conséquences pour la santé des femmes constitue un sujet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) répondant aux critères exigés dans le cadre de la certification des établissements de santé. Il s'agit également d'un thème pour l'EPP individuelle des sages-femmes et des médecins (1).

Le pourcentage d'épisiotomie est une préoccupation nationale. Il est source d'une grande insatisfaction des usagers de la santé. L'avènement de la médecine fondée sur les preuves devrait avoir fortement modifié certaines de nos pratiques, dont l'épisiotomie.
Les premiers essais randomisés sur le sujet datent de 1983 ; depuis, d'autres publications ont régulièrement mis en relief l'absence d'intérêt d'une politique d'épisiotomie systématique (2).
Le taux global d'épisiotomie en France a amorcé une décroissance depuis 1996 à 1997. Il était ainsi de 47% en 2002 à 2003 et de 34.7% en 2006. Les RPC de 2005 préconisaient d'avoir moins de 30% de taux d'épisiotomies. Cependant, certains pays ont des taux beaucoup plus bas et le chiffre de 20% semble pouvoir être atteint sans difficulté (2).

L'EPP pourrait constituer une démarche permettant d'optimiser les pratiques professionnelles et donc la prise en charge de usagers de la santé (2).
Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le but étant d'assurer un meilleur service rendu aux patients par les professionnels de santé (3).

L'amélioration de la prise en charge des femmes est étroitement liée à la traçabilité et à l'exhaustivité des informations médicales dans les dossiers médicaux. Cela assure la

continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Le dossier est le reflet des pratiques professionnelles (3).

La sage-femme, acteur essentiel en salle de naissance, au même titre que les autres praticiens, est soumise à un risque médico-légal élevé. La responsabilité personnelle et médicale des multiples intervenants est engagée dans la rédaction du compte-rendu de l'accouchement et ses suites. La qualité des transmissions écrites est un élément incontournable (4).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la traçabilité des informations relatives à l'épisiotomie dans les dossiers médicaux.
L'objectif secondaire était de comparer les résultats obtenus en 2015 à ceux des audits effectués en 2005 et 2007.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Anatomie du périnée :

Le périnée, également appelé plancher pelvien, est l'ensemble des parties molles fermant l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Celui-ci supporte le poids des viscères (5).

Les limites du périnée sont constituées par un cadre ostéo-fibreux losangique, on retrouve :

- En avant, le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes,
- En arrière, le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux,
- Latéralement, les tubérosités ischiatiques.

La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux triangles : le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou région anale (5).

Le périnée est constitué d'aponévroses et de muscles organisés en trois plans : superficiel, moyen et profond appelé diaphragme pelvien. Le diaphragme pelvien est la limite supérieure du périnée et joue un rôle important dans le mécanisme de rotation de la tête fœtale lors de l'accouchement en présentation céphalique (5).

1.1. Plan cutané et organes génitaux externes :

La vulve présente une fente médiane bordée latéralement par deux replis cutanés : les grandes lèvres. En dedans des grandes lèvres se trouvent deux autres replis minces appelés : petites lèvres ; ces dernières se rejoignent en avant pour former le capuchon du clitoris et en arrière au niveau de la fourchette vulvaire (5).

Au niveau du périnée antérieur, entre les petites lèvres s'ouvrent : l'urètre, les glandes de Skène, le vagin dont l'orifice inférieur peut être obturé par l'hymen et les glandes de Bartholin.
Au niveau du périnée postérieur s'ouvre le canal anal (5).

1.2. Plan superficiel du périnée :

Dans sa partie antérieure, le plan superficiel du périnée comprend quatre muscles : ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverse superficiel et constricteur de la vulve ; ainsi que l'aponévrose périnéale superficielle.
Dans sa partie postérieure on retrouve le sphincter externe de l'anus (5).

1.3. Plan moyen du périnée :

Il n'existe que dans la partie antérieure du périnée. Celui-ci comprend le muscle transverse profond et le sphincter externe de l'urètre qui forment le diaphragme uro-génital (5).

1.4. Plan profond ou diaphragme pelvien :

Il est formé de deux muscles pairs qui délimitent la partie basse de l'excavation pelvienne : le muscle élévateur de l'anus constitué de plusieurs faisceaux et le muscle coccygien.
Le muscle élévateur de l'anus comprend les muscles : pubo-vaginal, pubo-rectal, ilio-coccygien et pubo-coccygien (5).

1.5. Vascularisation et innervation :

1.5.1. Vascularisation :

La vascularisation artérielle du périnée est en grande partie assurée par l'artère pudendale, branche de l'artère iliaque interne. L'artère pudendale fournit plusieurs collatérales.
La vascularisation veineuse se calque sur le schéma des artères et trouve son origine dans le plexus veineux de Santorini situé en dessous de la symphyse pubienne (5).

1.5.2. Innervation :

La principale innervation du périnée provient du plexus pudendal issu des 2ème, 3ème et 4ème vertèbres sacrées. Il innerve les organes génitaux externes et le périnée (5).

2. L'épisiotomie :

2.1. Définition de l'épisiotomie :

Le mot épisiotomie vient du grec : « epision » qui signifie pubis et « tomie » qui signifie section. Il s'agit d'une incision chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et la peau afin d'agrandir l'orifice vulvaire (6).

Il existe en France une préférence pour l'épisiotomie médio-latérale. Elle doit partir de la fourchette vulvaire et se diriger à 45 degré au moins vers la région ischiatique sur six centimètres environ (accord professionnel)[i]. Elle sectionne en théorie le muscle pubo-rectal ou muscle élévateur de l'anus dans sa totalité (accord professionnel) (7). Cependant il s'avère que la plupart des épisiotomies médio-latérales sont mal réalisées en pratique clinique (sections plus courtes et plus verticales) (grade C) (8).

Trois conditions sont nécessaires pour réaliser une épisiotomie :

- L'ampliation périnéale doit se trouver au petit couronnement : quand la présentation fœtale commence à distendre le périnée,
- Se trouver à l'acmé d'une contraction utérine,
- La parturiente doit réaliser un effort expulsif (8).

A ce moment-là le faisceau pubo-rectal est mis sous tension, il s'amincit et s'intègre dans le plan superficiel du périnée, le périnée postérieur s'allonge et l'anus est dilaté d'environ deux centimètres.
Elle est pratiquée aux ciseaux droits au niveau de la fourchette vulvaire : une lame intra-vaginale positionnée entre la présentation fœtale et le vagin ; l'autre lame se positionnant sur le plan cutané du périnée. Comme nous vivons dans un monde de droitiers, les ciseaux sont fait pour les droitiers donc les droitiers coupent l'hémi-partie

droite du périnée de la parturiente mais les gauchers aussi car ils ne peuvent pas se servir de manière optimale des ciseaux pour droitiers avec leur main gauche. Sont alors sectionnés la peau, le vagin, les muscles bulbo-caverneux, transverse superficiel et le muscle pubo-rectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus (7).
Elle est pratiquée par l'accoucheur : sage-femme ou obstétricien.

2.2. Historique de l'épisiotomie :

L'origine de l'épisiotomie est difficile à déterminer, elle a été décrite pour la première fois en 1742 par une sage-femme : Sir Fielding Ould. Dans son « Traité des sages-femmes en trois parties », il recommande l'épisiotomie dans les cas où l'orifice vaginal est tellement serré que la durée du travail est dangereusement prolongée (9).
A cette époque les épisiotomies n'étaient pas suturées afin de limiter le risque infectieux représenté par la suture et de faciliter les accouchements ultérieurs (10).
Le premier rapport de cette procédure aux Etats-Unis était 110 ans plus tard dans un journal intitulé : « The Stethoscope and Virginia Medical Gazette ». Taliaferro, un médecin, faisait une petite épisiotomie médio-latérale pour faciliter l'accouchement de femmes éclamptiques (9).
L'utilisation de l'épisiotomie s'est répandue en 1921 quand DeLee, un médecin américain, a publié un papier intitulé « The Prophylactic Forceps Operation ». Dans cette publication il recommande l'utilisation de forceps avec une épisiotomie médio-latérale, il pensait sauver le cerveau du fœtus et préserver l'intégrité du plancher pelvien (9).
Dans les années 1920, le taux des procédures opératoires à l'hôpital a augmenté. Une enquête en 1915 a indiqué que quelques obstétriciens utilisaient régulièrement l'épisiotomie (9).
En 1938, Diethelm, fonctionnaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a affirmé que les indications de l'épisiotomie étaient bien établies et n'avaient besoin d'aucune défense. Cette opinion a soutenu la tendance à la hausse de l'épisiotomie avec pour désir de maximiser le confort et la sécurité maternelle, améliorer les issues néonatales et faciliter l'accouchement (9).

Il a été décrit de nombreux types d'épisiotomies, la plupart ayant été abandonnés depuis fort longtemps du fait de leur caractère mutilant. C'est le cas en particulier des

épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées, et des épisiotomies latérales unilatérales qui sectionnent le tiers inférieur de la grande lèvre. En pratique, seules les épisiotomies médianes ou médio-latérales sont actuellement pratiquées et diffusées (7).

Dans les années 1980, une revue de la littérature souligne qu'aucune étude rigoureuse comparant les bénéfices et les risques de l'épisiotomie prophylactique n'a été réalisée, et que les bénéfices supposés n'ont jamais été démontrés scientifiquement. Le premier réquisitoire rigoureux contre l'épisiotomie prophylactique a été développé en 1995.
En 2005, le CNGOF et le CNSF ont publié des RPC relatives à l'épisiotomie (10).

Aujourd'hui, les couples sont devenus plus impliqués dans le processus de décision entourant la naissance de leur enfant et ont remis en question l'utilisation systématique de « technologies » pendant le travail et l'accouchement. Comme beaucoup d'autres pratiques de routine, l'utilisation de l'épisiotomie est devenue controversée (9).

2.3. Prévalence de l'épisiotomie :

La fréquence de l'épisiotomie n'est pas connue de manière précise et varie en fonction des pays, des régions, des écoles obstétricales, des caractéristiques sociodémographiques des parturientes et des conditions obstétricales.
D'après la base de données de l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG), le taux d'épisiotomie en France, rapporté aux taux d'accouchements voie basse, était de 47,3% en 2002 à 2003 (68% chez la primipare et 31% chez la multipare), en décroissance depuis 1996 à 1997 (10).
Au cours des dernières années, une réduction variable du recours aux épisiotomies dans les pays occidentaux a été relevée (60,9% en 1979 aux Etats-Unis versus 24,5% en 2004, 12% en Angleterre en 2003-2004). Cette décroissance est également constatée en France, même si les taux oscillent entre 3,4 et 60% en fonction des centres hospitaliers universitaires (CHU), attestant probablement de l'impact d'une politique restrictive des indications d'épisiotomie initiée dans les RPC de 2005 (11).
Le taux d'épisiotomies peut être influencé par des facteurs individuels maternels tels que l'âge ou l'origine géographique des parturientes. Le recours à l'épisiotomie varie selon les conditions obstétricales (12).

Le recours aux épisiotomies est fréquent dans le monde et en France. Il est cependant difficile de définir quel est le bon taux « universel » d'épisiotomie. En effet, le taux d'épisiotomies cache des variations de pratiques professionnelles, mais est aussi lié à d'autres interventions et/ou facteurs médicaux entourant l'accouchement. Enfin, il faut garder à l'esprit que la comparaison d'un taux global brut d'épisiotomie inter ou intra pays doit être prudente et que ce taux doit être rapporté aux accouchements par voie basse. Il faut donc privilégier les taux ajustés ou à défaut les taux chez les femmes à bas risque au moment de l'accouchement, tout en différenciant la primipare de la multipare (12).

Il est tout à fait réaliste d'opter pour une politique restrictive d'épisiotomie sans pour autant augmenter les déchirures périnéales graves et donc de diminuer la morbidité iatrogène sans majorer la spontanée. Ainsi, le CHU de Besançon a obtenu une diminution d'un facteur cinq de son taux d'épisiotomie en quatre ans, avec un taux atteignant 3,4% en 2007. Ce taux largement sous le seuil maximum de 30% recommandé par les RPC, a été obtenu en sensibilisant toute l'équipe obstétricale à l'absence de bénéfice de la pratique libérale de l'épisiotomie (11).

En 2010, une enquête nationale périnatale a été réalisée dans l'objectif d'étudier les caractéristiques individuelles des femmes et des enfants et les caractéristiques des maternités associées à la pratique de l'épisiotomie, puis de rechercher si la variabilité des taux d'épisiotomie entre les maternités et entre les régions pouvait être expliquée par ces caractéristiques individuelles (13).
Les résultats retrouvent un taux d'épisiotomie plus important chez les primipares (44,7% versus 14,2% chez les multipares). Chez les primipares comme chez les multipares, le taux d'épisiotomie était significativement plus élevé lorsque l'âge maternel était élevé, lorsque la femme était née en Chine ou en Asie du Sud Est et lorsque le niveau d'étude était élevé. Chez les multipares ayant accouché antérieurement par césarienne, le taux d'épisiotomie variait selon les antécédents d'accouchement par voie basse : 14,4% si voie(s) basse(s) antérieure(s) versus 41,6% si absence de voie basse antérieure. Il était également plus élevé dans les deux groupes (primipares et multipares) lorsque le fœtus se présentait par le siège, lorsque la femme recevait de l'ocytocine ou bénéficiant d'une analgésie péridurale pendant le travail, en cas d'extraction instrumentale et lorsque le poids de naissance était élevé. Parmi les voies

basses spontanées, le taux d'épisiotomie était significativement plus élevé lorsque le praticien réalisant l'accouchement était un obstétricien par rapport à une sage-femme. Le taux d'épisiotomie était plus élevé dans les maternités privés et dans les maternités déclarant ne pas posséder d'espace physiologique. Chez les primipares, les taux variaient d'un rapport de un à quatre et chez les multipares, de un à neuf (13).
Il serait souhaitable d'avancer dans la réflexion sur ce que pourrait être un taux optimal d'épisiotomie en comparant par exemple une politique très restrictive (quasi nulle) à une politique modérément restrictive correspondant au taux moyen de 30% observé dans la dernière méta-analyse des essais randomisés. Il serait également intéressant de comprendre les attitudes des praticiens, sages-femmes et obstétriciens vis-à-vis de la protection du périnée et savoir comment les femmes peuvent influencer ces attitudes (13).

En 2014, l'étude de Chebab M. et al. portant sur l'influence d'une diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de type III a démontré que le taux d'épisiotomie a diminué de façon majeure, passant de 18,8% en 2003 à 1,3% en 2010. De même, en cas d'extraction instrumentale , le taux d'épisiotomie était de 14,8% en 2003 et de 3,5% en 2010. Plus de déchirures du premier et second degré sont retrouvées sans augmentation significative du taux de déchirure grave, une augmentation significative des déchirures antérieures et de périnées intacts. Les auteurs concluent par la mise en évidence qu'une pratique ultra-restrictive de l'épisiotomie est possible sans augmenter le taux de lésions périnéales sévères (voire même de les diminuer) et qu'elle permet une augmentation significative des périnées intacts. Lorsqu'une déchirure périnéale sans atteinte sphinctérienne existe, cette politique de périnéotomie très restrictive permet à près de 80% des femmes atteintes d'avoir une lésion nettement moins étendue et moins gênante qu'une épisiotomie. Les épisiotomies non réalisées ne sont donc pas transformées en lésions périnéales du second degré ou plus, mais principalement en périnées peu ou pas lésionnels. Le taux d'épisiotomie idéal, s'il existe, reste à définir mais il semblerait que le taux de 30% proposé par le CNGOF lors des RPC de 2005 pourrait être nettement revu à la baisse. Cette étude a été réalisée au CHU de Besançon (14).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) conclue que rien ne prouve que l'utilisation généralisée ou systématique de l'épisiotomie ait des effets bénéfiques, mais il est

évident qu'elle peut être nuisible. Lors d'un accouchement jusque là normal, une épisiotomie peut parfois être justifiée, mais il est recommandé de restreindre le recours à cette intervention. Le pourcentage d'épisiotomies réalisé dans l'essai anglais (10%) sans risque pour la mère ni pour l'enfant (Sleep et al. 1984) devrait être un but à atteindre (15).

Au Royaume-Uni, les taux d'épisiotomies ont également diminué de façon spectaculaire. En effet, ils étaient de 54% en 1978 et plus que de 14% en 2003 (16).

2.4. Les techniques de réalisation de l'épisiotomie :

Il est obligatoire de prendre des précautions d'asepsie lors de la réalisation d'une épisiotomie et d'utiliser du matériel stérile afin de limiter le risque d'infection. L'ébarbage ou la tonte de poils n'est pas systématique mais doit être préférée au rasage (grade C) (7).
Le moment de réalisation de l'épisiotomie est essentiel, elle ne doit pas être effectuée ni trop tôt, ni trop tard. L'épisiotomie de rattrapage, après l'installation de lésions musculaires internes irréversibles, est inutile (17).

La douleur induite par la réalisation de l'épisiotomie et sa réparation est globalement sous estimée et devrait être mieux évaluée. Les méthodes anesthésiques disponibles sont représentées par l'anesthésie locale, l'anesthésie des nerfs honteux et l'analgésie locorégionale (7).
La lidocaïne non adrénaliné (Xylocaïne®) est utilisée dans la majorité des cas (98%) mais à des concentrations (0,5-2%) et des doses (50-300mg) très variables. Ces différences reflètent une grande hétérogénéité des pratiques avec de possibles insuffisances de traitement (7).
L'anesthésie locale consiste à injecter de la lidocaïne non adrénaliné à 1% dans l'épaisseur du périnée au niveau du futur trajet de l'épisiotomie. Il est ensuite nécessaire de répéter de multiples infiltrations de lidocaïne au niveau de la sous-peau, de la jonction hyménéale, et du plan musculaire lors de la réparation de cette épisiotomie. Les doses efficaces pour obtenir une bonne analgésie ne sont pas bien définies. Il est précisé dans le dictionnaire Vidal® que les doses maximales de lidocaïne à ne pas dépasser en infiltration locale sont de 200mg soit un flacon de 20ml de Xylocaïne® à 1% par

exemple (accord professionnel). Cette quantité peut être insuffisante lors de la réparation de grandes épisiotomies après extraction instrumentale. On peut alors recourir à la lidocaïne adrénaliné qui autorise des doses maximales de 400mg. Il faut toujours s'assurer de l'absence de reflux vasculaire lors de l'infiltration des tissus afin d'éviter un passage sanguin. Les effets indésirables neurologiques et cardio-vasculaires sont essentiellement liés à un surdosage ou un passage vasculaire de la lidocaïne (7).

L'anesthésie par infiltration des nerfs honteux internes (bloc pudendal) peut être utile lors d'une extraction instrumentale avec ou sans épisiotomie et lorsque le travail est mené sans analgésie péridurale par exemple. La procédure consiste à injecter 10ml de lidocaïne à 1% au contact de chaque nerf honteux interne (le repère étant l'épine sciatique) par voie vaginale directe ou par voie transpérinéale. Des études ont montré que cette pratique était faisable dans la majorité des cas avec très peu de complications maternelles et/ou néonatales.

La pratique de l'analgésie péridurale pendant le travail s'est largement diffusée depuis une vingtaine d'année. Cette technique représente actuellement la méthode la plus efficace comparativement à toute autre procédure anesthésique. L'association d'un opiacé lors d'une analgésie péridurale augmente les performances de l'anesthésie périnéale (grade B).

La rachi-anesthésie est plus efficace que l'anesthésie des nerfs honteux internes dans la prévention de la douleur induite par l'épisiotomie (grade B).

Il est recommandé dans tous les cas de recourir à une méthode anesthésique pour pratiquer et réparer l'épisiotomie (grade C) (7).

L'épisiotomie est réalisée dans le but d'agrandir l'anneau vulvaire dans le cas de rétention de la présentation fœtale par le périnée, plus le longueur de l'incision sera importante, plus l'agrandissement de l'anneau vulvaire sera conséquent. La section doit être franche partant de la partie médiane de la fourchette en se dirigeant latéralement et en dehors vers la région ischiatique, soit un angle de 45 degrés par rapport à la verticale, sur six centimètres en moyenne (7).

Certaines écoles obstétricales préconisent à l'accoucheur de mettre l'index et le majeur de la main qui ne tient pas les ciseaux (main gauche) entre la présentation fœtale et le vagin afin d'empêcher que le ciseau intra-vaginal ne touche la présentation fœtale. Ceci dans le but d'éviter un traumatisme fœtal secondaire à la pratique d'une épisiotomie (18).

Une étude descriptive de Verspyck E. et al. a montré que les médecins réalisaient des épisiotomies plus grandes, plus profondes et plus éloignées de la verticale comparativement aux sages-femmes. Les auteurs expliquent cet écart par les différences de pratiques, les obstétriciens réalisant des extractions instrumentales et les sages-femmes des accouchements spontanés. Les épisiotomies trop courtes et/ou trop verticales pourraient favoriser une rupture sphinctérienne en sectionnant partiellement le muscle pubo-rectal et/ou en n'étant pas suffisamment à distance du sphincter. Un trait de refend peut ainsi se constituer vers l'anus en suivant les forces de traction de la partie restante du muscle releveur de l'anus (7).
Au cours des extractions instrumentales, l'axe de section doit être horizontalisé compte tenu de la déformation liée à la mise en place des spatules ou forceps et du fait de l'absence d'ampliation périnéale (17).

Les principales erreurs commises dans la réalisation pratique de l'épisiotomie sont les suivantes :

- Trop petite ne sectionnant pas entièrement le faisceau pubo-rectal (favoriserait une rupture du sphincter anal),
- Trop précoce sur un périnée non amplié : souvent hémorragique ne sectionnant pas complètement le faisceau musculaire,
- Trop tardive lorsque les dégâts périnéaux sont déjà constitués,
- Trop latérale (17).

L'épisiotomie médiane consiste à pratiquer aux ciseaux droits une section médiane sur quatre centimètres qui part de la fourchette vulvaire pour se diriger vers l'anus ; elle sépare ainsi les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian. Elle crée donc une zone de faiblesse médiane qui peut filer vers le bas et provoquer une rupture du sphincter anal dans 20% des cas. Le nombre de fistule recto-vaginale est également augmenté. C'est pour cette raison que les manuels d'obstétrique français prônent plutôt l'épisiotomie médio-latérale qui comporte un moindre risque sphinctérien (7). Cependant ce type d'incision a comme avantage d'être peu hémorragique, plus facile à réparer et moins douloureuse en post-partum ou à la reprise des rapports sexuels. Si on la pratique, le volume de la présentation ainsi que la distance ano-vulvaire doivent être soigneusement évalués (17).

L'épisiotomie latérale débute au niveau de la fourchette vulvaire et se dirige horizontalement, à 90 degré vers la branche ischio-pubienne.
Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kyste. Par ailleurs, sa réparation est délicate avec possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique. Elle n'apporte aucun avantage par rapport à l'épisiotomie médio-latérale et n'est plus utilisée (17).

2.5. Les indications et les contre-indications de l'épisiotomie :

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare (grade B).
Il n'y a pas de preuve pour recommander la pratique systématique de l'épisiotomie en cas de manœuvre obstétricale 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 lésion périnéale sévère 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 sévère n'est pas établi. L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomie, et expose moins aux lésions périnéales sévères que les forceps (grade A).
En cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, 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 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 déchirure du troisième degré (grade B).
Les antécédents de lésions périnéales du troisième et quatrième degré et les mutilations génitales ne justifient pas une pratique systématique de l'épisiotomie.
Une politique libérale de l'épisiotomie 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 améliorait l'état néonatal.

Les RPC 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) (8).
La pratique systématique de l'épisiotomie chez la femme ayant subi une forme quelconque de mutilation génitale est un domaine pour lequel on ne dispose pas de suffisamment d'information à l'heure actuelle aussi bien en terme d'indication que de technique (19).

Dans les études, l'extraction par ventouse ou forceps, la primiparité, la macrosomie, la présentation postérieure et la durée des efforts expulsifs supérieure à 30 minutes étaient associées à une majoration du risque d'épisiotomie. Ces facteurs sont largement décrits dans la littérature comme facteurs de risque d'épisiotomie (20).

2.6. L'intérêt de l'épisiotomie :

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du troisième et du quatrième degré (grade A). Elle réduit en revanche le risque de survenue de déchirures périnéales antérieures, de moindre gravité (grade A). Elle ne prévient pas non plus de la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (grade A) ou par urgenturies (impériosité mictionnelle) (grade B). Elle 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'épisiotomie 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 épisiotomie libérale (grade B).
L'épisiotomie libérale en prévention des troubles de la statique pelvienne et des incontinences n'a pas atteint ses objectifs.
L'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfice à une politique libérale de l'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal (grade C)

que maternel (grade A). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée (8).

Les politiques d'épisiotomies restrictives semblent apporter un certain nombre de bénéfices par rapport aux politiques d'épisiotomies systématiques. Il y a moins de traumatismes périnéaux postérieurs, moins de sutures et moins de complications. Aucune différence pour la plupart des critères de mesure de la douleur et le traumatisme vaginal ou périnéal sévère, mais il y a un risque accru de traumatisme périnéal antérieur avec l'épisiotomie restrictive (21).

Dans une publication de décembre 2014, le National institute for health and care excellence (NICE) édite des recommandations sur les interventions intrapartum pour réduire les traumatismes périnéaux :

- Ne pas effectuer de massage périnéal durant la deuxième phase du travail,
- Les pratiques consistant à protéger le périnée et à fléchir la tête fœtale ou de garder les mains hors du périnée et de la tête fœtale peuvent être utilisée pour faciliter la naissance spontanée,
- Ne pas utiliser de lidocaïne en spray pour réduire la douleur durant la deuxième phase du travail,
- Ne pas effectuer d'épisiotomie de routine durant un accouchement par voie basse spontanée,
- Informer toutes les femmes ayant des antécédents de traumatisme périnéal sévère que le risque de récidive n'est pas augmenté pour une naissance ultérieure par rapport aux primipares,
- Ne pas faire d'épisiotomie systématique lors d'un accouchement voie basse s'il existe un antécédent de déchirure du troisième ou quatrième degré,
- Informer toutes les femmes avec des mutilations génitales des risques de difficultés à l'examen vaginal, lors de la pose de tocographie interne ou d'électrode fœtale. L'informer des risques de retard dans la deuxième phase du travail, de lacérations spontanées, la pratique antérieure d'une épisiotomie ainsi que la nécessité d'une éventuelle désinfibulation,
- Si une épisiotomie est réalisée, la technique recommandée est une épisiotomie médio-latérale partant de la fourchette vulvaire et généralement dirigée à droite. L'angle par rapport à l'axe vertical doit se situer entre 45 et 60 degrés,

- Effectuer une épisiotomie s'il y a un besoin clinique comme parfois lors d'une extraction instrumentale ou une anomalie du rythme cardiaque fœtal,
- Fournir une analgésie efficace avant d'effectuer une épisiotomie sauf en cas d'urgence (22).

2.7. Cas où l'épisiotomie peut être justifiée :

Bien qu'une utilisation restrictive de l'épisiotomie soit recommandée, dans plusieurs situations, celle-ci peut être justifiée.

Dans le cadre des extractions instrumentales, que se soit par ventouse, forceps ou spatules, la réalisation d'une épisiotomie peut donc être justifiée. Cependant sa pratique est laissée à l'appréciation de l'opérateur (accord professionnel). Par ailleurs, la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale réduirait le risque de déchirure sphinctérienne en cas de ventouse ou de forceps (grade C). La pratique de l'épisiotomie est plus fréquente en cas d'utilisation de spatules ou forceps (23).
Concernant l'extraction instrumentale par forceps, la réalisation plus ou moins précoce d'une épisiotomie médio-latérale parait prévenir de manière incomplète les lésions. Il est donc difficile de conseiller sa pratique systématique et encore plus de préciser de manière scientifique ses indications (24).
Lors d'une extraction par spatules de Thierry il faut effectuer presque systématiquement une épisiotomie (85%) chez la primipare (25).
Pour ce qui est de l'utilisation de la ventouse, une épisiotomie de routine n'est pas recommandée (26).
La réalisation d'une épisiotomie lors d'une extraction instrumentale est donc laissée à l'appréciation du clinicien, mais celle-ci peut faciliter le placement des forceps ou de la ventouse pour les femmes ayant un vagin étroit. Quand une épisiotomie est réalisée, une épisiotomie médio-latérale est associée à moins de risque d'atteinte du sphincter anal en comparaison avec une épisiotomie médiane (27).

Selon les RPC du CNGOF de 2015, dans la prévention de la dystocie des épaules, en cas de suspicion de macrosomie (la macrosomie est un facteur de risque de dystocie des épaules), il n'est pas possible d'émettre des recommandations concernant la réalisation d'une épisiotomie (accord professionnel). De plus, lors de la réalisation des manœuvres,

il n’est pas nécessaire de réaliser systématiquement une épisiotomie (accord professionnel). Cependant, dans l’organigramme de prise en charge immédiate de la dystocie des épaules, il est noté : « réaliser une épisiotomie si celle-ci n’avait pas été réalisée et refaire de nouveau les différentes manœuvres dans le même ordre » (28).
Le risque de lacération des voies génitales inférieures est élevée et ne peut être prévenu que par une large épisiotomie (29).
Une épisiotomie peut augmenter l’espace pour les doigts de l’opérateur et faciliter l’accouchement de l’épaule postérieure et également pour les manœuvres internes. Mais elle ne prévient pas une dystocie des épaules, il faut donc déterminer la balance bénéfice/risque car une épisiotomie de routine pour gérer une dystocie des épaules n’est pas recommandée (30).

En cas d’accouchement par le siège, parfois une prise directe de forceps est réalisée si le pôle céphalique reste prisonnier des parties molles (l’utilisation de forceps peut justifier la pratique d’une épisiotomie) (31). De plus, lorsque le siège distend le périnée, une épisiotomie est pratiquée facilement pour réduire les résistances vulvaires (ampliation insuffisante pour que la tête puisse passer rapidement surtout chez la primipare) (32).

Lors d’un retard de croissance intra-utérin (RCIU), une extraction instrumentale ou une épisiotomie systématique ne sont pas recommandées (accord professionnel). Cependant, dans le cas où une extraction instrumentale est réalisée, une épisiotomie peut être justifiée (33).
Il n’existe aucune preuve du bien fondé de l’épisiotomie, son but étant d’éviter la stagnation sur le périnée. Il est raisonnable de penser qu’il y a une indication lorsque le périnée est tonique et en cas de fœtus de petit poids, mais les preuve scientifiques ne sont pas là (34).

En cas d’accouchement de grossesses multiples ; lors de l’accouchement du premier jumeau (J1), il y a une indication assez large d’épisiotomie, tant pour minimiser le traumatisme de l’enfant généralement petit et que pour favoriser une éventuelle manœuvre sur le deuxième jumeau (J2). De plus, les extractions instrumentales sont plus nombreuses car les efforts expulsifs moins efficaces (ce qui peut donc sous entendre la réalisation d’une épisiotomie) (35).

En ce qui concerne les modalités de surveillance fœtale pendant le travail, il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise (30 minutes) pour cette phase (grade C) (36)
L'existence d'anomalies du RCF, en fonction de leur gravité, devrait aboutir à une naissance assistée plus rapide (accord professionnel) ; ce qui peut sous entendre : extraction instrumentale et épisiotomie (moyens d'accélérer la naissance) (36,37).
L'épisiotomie peut aider dans les situations où la naissance de l'enfant est désirée durant la seconde phase du travail, c'est le cas notamment des tracés classés Melchior de type 3 et ce seulement si la naissance est bloquée par le périnée (38).

Dans le cas du dégagement des présentations défléchies (bregma ou face), les lésions périnéales sont plus fréquentes car le périnée est très sollicité, d'où une tendance à pratiquer une épisiotomie facilement (39,40).

En cas de variétés postérieures, les poussées sont moins efficaces et l'expulsion est très laborieuse nécessitant souvent une aide instrumentale (qui sous entendrait la potentielle réalisation d'une épisiotomie) (41).
Par ailleurs, lors du dégagement en occipito-sacré (OS), le risque de déchirure grave est élevé chez la primipare et l'épisiotomie doit être d'indication large (42).

Plusieurs cas de dystocie des parties molles peut justifier la réalisation d'une épisiotomie.
Les dystocies d'origine vulvaire congénitale, avec une distance entre le bord inférieur de la symphyse et l'anus inférieure à six centimètres avant le travail (périnées courts) sont une indication d'épisiotomie large (43).
En cas de lésions inflammatoires comme une bartholinite aiguë ou une folliculite vulvaire, une épisiotomie du côté opposé sera souvent nécessaire (43).
En cas de périnées cicatriciels ; les cicatrices de déchirures ou épisiotomies, comme un antécédent de périnée complet (compliqué ou non) peuvent nécessiter la réalisation d'une épisiotomie. De même que les cicatrices d'origine rituelle (infundibulation) nécessitent la réalisation d'une épisiotomie pour protéger le périnée antérieur (43).

Par conséquent, sont retenues, à la lueur des nuances apportées dans les recommandations concernant certaines indications potentielles pour la réalisation d'une épisiotomie, les situations cliniques suivantes :

- Extraction instrumentale
- Dystocie des épaules
- Présentation du siège
- RCIU / Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG)
- Accouchement de grossesses multiples
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF)
- Présentations défléchies : bregma et face
- Variétés postérieures et dégagement en OS
- Dystocie des parties molles

2.8. La réfection de l'épisiotomie :

L'observance des règles générales d'hygiène est primordiale. Les directives de l'hygiène hospitalière précisent que l'habillage chirurgical de l'opérateur est indispensable ainsi que le port de gants stériles à usage unique après lavage chirurgical des mains lors de la réparation de l'épisiotomie. L'habillage chirurgical comprend une casaque stérile, un masque chirurgical à visière ou avec le port de lunettes et un calot. En pratique, par commodité et par absence de niveau de preuve élevé, il est recommandé de porter un masque, un calot et des gants stériles après lavage chirurgical des mains (accord professionnel).
Il est recommandé une nouvelle antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps suivie d'une deuxième application d'antiseptiques et l'utilisation de champs et de matériel stériles réservés à cette réparation (7).

Concernant le matériel de suture pour la réparation de l'épisiotomie, l'utilisation de fils résorbables semble préférable aux non résorbables puisqu'ils génèrent moins de douleurs périnéales immédiates (grade B). Les fils non résorbables induisent également plus de soins puisqu'ils nécessitent leur ablation systématique au bout de quelques jours.
Les résultats des différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable mais il n'existe pas d'étude pour privilégier un fil synthétique

plutôt qu'un autre. Néanmoins, la durée de résorption du Dexon® est plus courte que celle du Vicryl® ; le Vicryl Rapide® a l'avantage d'une moindre nécessité d'ablation de fils mais le désavantage d'entrainer un risque de déhiscence plus élevé (grade A) (7).

Il est globalement rapporté deux grands types de techniques chirurgicales pour réparer une épisiotomie ou une déchirure du deuxième degré.
La première technique par points séparés consiste à suturer le vagin à l'aide d'un surjet, en démarrant à partir de l'angle supérieur de la déchirure vaginale, puis les muscles périnéaux et la peau à l'aide de points séparés en utilisant le même type de matériel pour les différents plans.
La deuxième technique par surjet continu consiste à suturer successivement le vagin, les muscles, puis la peau (surjet intradermique) avec un seul fil (un fil, un nœud).
Sous réserve d'une formation spécifique, la technique du 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 femmes. Les points séparés sur la peau peuvent augmenter le taux de dyspareunies à trois mois (grade B) (7).
Les techniques de sutures continues pour la fermeture du périnée, par rapport aux méthodes discontinues, sont associées à moins : de douleur à court terme, de besoin d'analgésie et de retrait des sutures. De plus, il a été prouvé que les techniques de sutures continues nécessitent moins de matériaux de suture que les méthodes de sutures discontinues (44).

La revue Cochrane a comparé les sutures continues et discontinues pour la réparation des épisiotomies ou les déchirures du deuxième degré (Kettle et al., 2007). Le groupe de suture continue a rapporté moins de douleur à dix jours après la naissance. Cependant, il n'y a aucune différence dans la dyspareunie superficielle à trois mois (45).

Dans un article, le Royal college of midwives (RCM), soulignait que la suture est un événement majeur et parfois traumatisant pour les femmes. Elles décrivent souvent beaucoup de douleur pendant la suture, cela pourrait suggérer que les méthodes de soulagement de la douleur sont insuffisantes ou que le temps donné pour que les méthodes analgésiques prennent effet est trop court (45).

En 2007, le NICE a formulé les recommandations suivantes :
Avant d'évaluer les traumatismes génitaux, les professionnels devraient :

- Expliquer à la femme ce qu'ils comptent faire et pourquoi,
- Offrir une analgésie,
- Assurer un bon éclairage,
- Positionner la femme pour qu'elle soit à l'aise et que les structure génitales soient correctement vues.

L'examen initial doit être effectué doucement et avec sensibilité dans le période immédiate suivant la naissance. Si un traumatisme génital est identifié, une évaluation systématique doit être effectuée ainsi qu'un examen rectal (45).

2.9. La surveillance dans le post-partum :

2.9.1. Surveillance et complications dans le post-partum immédiat :

Un toilette simple (soin non stérile), est effectuée avant que l'accouchée ne retourne dans sa chambre. Il permet le confort de la patiente et la vérification par la sage-femme de la cicatrice d'épisiotomie avant de quitter le bloc obstétrical (grade C) (46).

L'épisiotomie peut être compliquée en salle de naissance par une hémorragie. Les épisiotomies, en particulier médio-latérales semblent à l'origine de pertes sanguines plus importantes que les déchirures simples (premier et deuxième degrés). L'épisiotomie semble augmenter le risque d'hémorragie du post-partum (grade B).
De plus, parmi les facteurs favorisant la constitution d'un thrombus vaginal, on retrouve la réparation insuffisante d'une épisiotomie.
Des cas de traumatisme fœtal secondaire à la pratique d'une épisiotomie ont été rapportés ; comme des lésions des testicules allant jusqu'à la castration lors de présentations du siège, l'érosion de paupière lors de présentation céphalique et la fracture de la mâchoire sur les présentations de la face (18).

2.9.2. Surveillance et complications dans le post-partum secondaire :

Durand le séjour en maternité, la sage-femme est là pour expliquer la technique et le rythme des soins, les bonnes règles d'hygiène (lavage des mains, nettoyage à l'eau et

séchage à chaque fois que la femme va uriner et à la selle). La sage-femme vérifie l'état du périnée et la cicatrice une fois par jour. La nécessité d'antiseptiques sur l'épisiotomie n'a pas été prouvée scientifiquement. De l'avis général des experts, le sèche-cheveux est à proscrire car il n'apporte rien à la cicatrisation (46).

Le paracétamol oral en dose unique (500 mg ou 1000 mg) est efficace sur les douleurs périnéales aigües du post-partum (NP1). Il est possible de prescrire cet antalgique tant que les douleurs périnéales persistent (accord professionnel).
Il existe un effet antalgique du froid sur les douleurs périnéales (NP2), mais on ne retrouve pas de supériorité du froid par rapport aux traitements médicamenteux (NP2). L'application de sac de glace ou de coussinets froids peut constituer une alternative ou un complément aux traitements antalgiques médicamenteux (grade C).
Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie rectale constituent un traitement antalgique efficace en cas de douleur périnéale (NP2). Toutefois, les effets à long terme et la satisfaction des femmes n'ont pas été évalués. Il n'existe pas de donnée sur la comparaison entre les AINS par voie rectale et le paracétamol per os.
En l'absence de donnée sur la comparaison de la voie orale et de la voie rectale des AINS, l'administration orale peut être privilégiée en respectant les précautions liées à l'allaitement maternel (accord professionnel). Les AINS par voie orale doivent donc être proposés en première intention (en l'absence de contre-indications : insuffisance rénale, allergie, ulcère gastroduodénal) (accord professionnel).
En l'absence d'efficacité antalgique démontrée, les anesthésiques locaux et les ultrasons thérapeutiques ne doivent pas être prescrits en cas de douleurs périnéales (grade B) (47).

Dans ses dernières recommandations de 2015, le CNGOF propose un exemple de traitement antalgique en post-partum pour les douleurs périnéales :

- En systématique :
  - Ibuprofène 400 mg : un comprimé quatre fois par jour pendant cinq jours,
  - Si allaitement maternel, prise juste après la tétée ;
- Si persistance de la douleur ou contre indication aux AINS :
  - Paracétamol : un gramme quatre fois par jour pendant cinq jours,
  - Si douleurs périnéales : glace sur le périnée ;

- Si persistance de la douleur :

- Néfopam (Acupan®) 20 mg : deux ampoules sur un sucre quatre fois par jour pendant trois jours (47).

Concernant les désunions de cicatrice, il n'existe pas d'argument dans la littérature pour privilégier la suture secondaire ou l'expectative avec des soins locaux en cas de désunion (déchirure périnéale ou épisiotomie). Toutefois, si la désunion est très importante, la suture secondaire devrait être discutée, même si son bénéfice n'est pas démontré de façon formelle (accord professionnel) (47).

Dans la méta-analyse des études randomisées réalisée pour la Cochrane Library (Episiotomy for vaginal birth, 2002), une politique restrictive de l'épisiotomie réduisait de façon significative les problèmes de cicatrisation au 7ème jour mais ne modifiait pas le taux d'hématome ou d'infections périnéaux.
L'épisiotomie semble générer plus de dyspareunie pendant les premières semaines du post-partum mais ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement (grade A) (21).

Dans le post-partum, les patientes chez lesquelles une épisiotomie a été réalisée ; se plaignent plus de douleurs périnéales que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du premier ou deuxième degré (grade A). Cette différence n'existe plus à trois mois de distance (18).

3. Traçabilité des informations médicales dans les dossiers de soins :

Les épisiotomies s'apparentent à des actes de petite chirurgie. De ce fait, les comptes rendus devraient mentionner un certains nombres d'informations mais il n'existe pas de réglementations précises sur ce sujet.

Dans ses bulletins d'avril 1991 et de novembre 1992, le conseil de l'ordre des médecins recommande les informations que tous les comptes rendus opératoires doivent contenir, auxquelles il faut ajouter les obligations en matière transfusionnelle publiées dans le bulletin de janvier 1993 :

Données administratives :

- Identification du patient
- Date de l'acte
- **Nom de l'opérateur**
- Nom de l'anesthésiste

Données médicales :

- Descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées
- **Choix thérapeutique**
- **Mode d'anesthésie**
- **Exécutions et techniques réalisées**
- Complications ou difficultés opératoires ou péri-opératoires
- **Matériel prothétique utilisé avec ses caractéristiques précises**
- Drainage
- **Type de fermeture et nature des ligatures**
- Prélèvements anatomo-pathologiques ou bactériologiques
- Plâtre ou contention particulière
- Heure de mise en place et de levée du garrot
- Transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot)

Données complémentaires :

- Diagnostic préopératoire
- Compte rendu opératoire et anesthésique
- Heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention
- Nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste (4).

La Haute autorité de santé (HAS) quant à elle recommande, lors d'une hospitalisation :

- Au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patiente non algique
- Au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique (48).

La douleur a pour particularité de ne pas pouvoir être mesurée objectivement (comme peut l'être la température par exemple) en raison de sa subjectivité et de sa grande

variabilité selon les individus. Néanmoins, un certain nombre d'outils ont été développés pour tenter d'en évaluer l'intensité et d'en suivre l'évolution.
Les outils permettant d'évaluer la douleur sont nombreux. Certains sont conçus pour être utilisés par le patient lui-même : ce sont les outils d'autoévaluation. Ils reposent soit sur des questionnaires, soit sur des échelles visuelles. D'autres sont destinés au personnel soignant utilisés dans le cas de patients incapables d'évaluer eux-mêmes leur douleur (comme les nouveau-nés par exemple). On parle alors d'hétéro évaluation à l'aide de grilles d'observation.
Concernant les outils d'autoévaluation, les plus simples sont des échelles quantitatives, sur lesquelles le patient évalue lui-même l'intensité globale de sa douleur entre deux extrêmes : « d'absence de douleur » jusqu'à « douleur maximale imaginable ».
L'échelle numérique (EN) propose des niveaux de 0 à 10 entre ces deux extrêmes, tandis que l'échelle visuelle analogique (EVA) permet de marquer une croix sur une ligne continue ; l'échelle est graduée au verso, ce qui permet au personnel soignant de noter un score. Quant à l'échelle verbale simple (EVS), elle permet de choisir le qualitatif le mieux adapté parmi une liste d'adjectifs : absente, faible, modérée, intense, etc.
Ces échelles simples permettent une première évaluation et le suivi de l'efficacité d'un traitement antalgique pour un patient donné (49).

4. L'analyse des pratiques professionnelles :

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer (50).

Les objectifs sont de mesurer l'écart entre la pratique observée et celle attendue (référentiel) puis ensuite, de définir et de mettre en œuvre des actions d'amélioration et de s'assurer de l'efficacité des actions mises en place. C'est la méthode d'évaluation des pratiques professionnelles de première intention (51).

Comme toutes les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, l'audit clinique revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale exprimée dans des recommandations et traduite dans un référentiel d'évaluation qui réunit l'ensemble des

critères d'évaluation. Le référentiel se présente sous la forme d'une grille de recueil des données (52).

L'audit clinique peut porter soit sur l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient, soit sur un thème transversal (exemple : le dossier du patient). Il peut également concerner l'organisation et les ressources de l'institution (52).

Plus généralement, l'audit clinique s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 60. Ce modèle souvent appelé roue de DEMING ou roue de la qualité comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer (plan, do, check, act) (52).

Ces quatre étapes constituent la base d'une démarche de qualité :

- Planifier ou programmer : c'est l'étape de définition de la démarche d'évaluation traduite dans le référentiel, puis l'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes ;
- Faire : c'est l'étape de la mesure de la pratique au regard du référentiel (au cours de laquelle les données sont recueillies) ;
- Analyser : c'est l'étape de comparaison entre la pratique constatée et la pratique attendue. L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des points forts et l'analyse des écarts par rapport au référentiel ;
- Améliorer : c'est l'étape essentielle, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente (52).

Les conditions de réussite d'un audit clinique sont de cibler une pratique professionnelle bien définie et non un problème complexe d'organisation ; et de définir un objectif centré sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes (51).

L'enjeu de l'EPP est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (53).

La qualité des soins est appréciée classiquement suivant un certain nombre de caractéristiques : acceptabilité, accessibilité, caractère approprié, continuité, délivrance au bon moment, efficacité, efficience, sécurité.
Etroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines de ces caractéristiques et plus particulièrement la continuité, la sécurité et l'efficacité ;

- Continuité : la coordination entre les différent professionnels intervenant auprès du patient suppose le partage des informations dans un support accessible ;
- Sécurité : la présence d'informations spécifiques facilement identifiables et accessibles permet la prévention des risques pour le patient ;
- Efficacité : la prise de décision médicale est facilitée par la structuration du dossier et les informations qui y sont consignées.

Par ailleurs, la bonne tenue du dossier est un préalable indispensable pour disposer des données nécessaires à l'analyse qualitative des soins dont l'amélioration doit être un objectif prioritaire (3).

5. La maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes :

La réduction du taux d'épisiotomie a été retenue, depuis 2005, comme une action d'EPP prioritaire au sein de la maternité de type III de la région Auvergne - Rhône-Alpes et au sein du Réseau de santé périnatale d'auvergne (RSPA). Deux médecins du pôle avaient été membre du groupe de travail pour la rédaction de la recommandation nationale portant sur les épisiotomies en 2005 (54).

Une approche par indicateur a été choisie avec un suivi annuel du taux d'épisiotomies, à partir de 2006. Au fil des années, le taux global d'épisiotomie a diminué. En 2014, celui-ci était de 18,09% à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes (54).

Par ailleurs, un audit clinique ciblé a été réalisé de façon rétrospective sur 100 dossiers couvrant la période du 1er juillet 2005 au 1er décembre 2005, ainsi qu'un deuxième portant sur 85 dossiers entre le 1er juillet 2007 et le 1er décembre 2007.
Il montre une marge d'amélioration sur tous les critères de la grille d'audit sauf sur celui de l'évaluation de la douleur lors de la réfection de l'épisiotomie (54).

Les référentiels utilisés ont été les recommandations nationales sur l'épisiotomie du CNGOF et du CNSF de 2005. Les grilles d'audit proposées par l'AUDIPOG (organisme agrée pour l'EPP), ont été consultées et adaptées

Le plan d'action d'amélioration prévoyait de nombreuses actions ; celles-ci sont en place au sein de la maternité de type III de la région Auvergne - Rhône-Alpes et dans le RSPA. Des communications des résultats, publications scientifiques, sensibilisation des personnels, mise à disposition d'un dossier informatisé, formations ont été réalisés (54).

Dix ans après la première évaluation et huit ans après la seconde, il parait intéressant de mesurer l'évolution des pratiques des professionnels en matière de tenue du dossier en cas d'épisiotomie. [1]

[1] Jusqu'en 2010, la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes était composée de deux maternités : la maternité 1 et la maternité 2.

POPULATIONS ET METHODES

1. L'étude et les objectifs :

1.1. Type, durée et lieu de l'étude :

1.1.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type audit clinque.

1.1.2. Durée de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de cinq mois : du 1er juillet 2015 au 1er décembre 2015.

1.1.3. Lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes.

1.2. Objectifs :

1.2.1. Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la traçabilité des informations relatives aux épisiotomies dans les dossiers médicaux.

1.2.2. Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal était le pourcentage de pratiques conformes aux recommandations professionnelles.

1.2.3. Objectif secondaire :

L'objectif secondaire était de comparer les résultats obtenus en 2015 à ceux de 2005 et 2007.

1.2.4. Critère de jugement secondaire :

Le critère de jugement secondaire était le pourcentage de conformité aux recommandations professionnelles.

2. Méthode :

2.1. Patientes :

2.1.1. Population cible :

La population cible de l'étude était toutes les femmes venant accoucher à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes.

2.1.2. Population source :

La population source de l'étude était toutes les femmes ayant été admises à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes entre le 1er juillet 2015 et le 1er décembre 2015 et répondant aux critères d'inclusion.

2.1.2.1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion de l'échantillon étaient :

- Femme admise pour travail spontané ou déclenchement artificiel du travail, ayant accouché à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes,
- Accouchement par voie basse spontanée ou instrumentale et ayant eu une épisiotomie.

2.1.2.2. Critères de non inclusion :

Les critères de non inclusion étaient :

- Femme ayant eu une césarienne programmée ou en cours de travail,
- Femme n'ayant pas eu d'épisiotomie (périnée intact ou déchirure)

2.1.2.3. Critères d'exclusion :

Les femmes exclues de l'étude ont été celles pour lesquelles le dossier obstétrical n'a pas été retrouvé.

2.2. Méthode :

2.2.1. Construction de la grille d'audit :

La grille de cet audit (Annexe I) a été construite à partir de :

- Grille d'évaluation proposée par l'AUDIPOG (Annexe III)
- Réglementation et recommandations concernant le dossier du patient proposé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2003 dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé (4).
- Fiche descriptive de l'indicateur : traçabilité et évaluation de la douleur proposé par la HAS en 2008 (48).

2.2.2. Le recueil des données :

2.2.2.1. Les critères évalués :

Des critères ont été ajoutés par rapport à la grille d'évaluation proposée par l'AUDIPOG (Annexe III).

- Indication de l'épisiotomie :
  - Indication de l'épisiotomie tracée dans le dossier
  - Episiotomie justifiée (selon les recommandations professionnelles) :

- Identification du/des opérateur(s) :
  - Nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie tracé dans le dossier :
  - Nom du/des opérateur(s) ayant suturé l'épisiotomie tracé dans le dossier :

- Méthode de réfection :
  - Méthode de réfection tracée dans le dossier
  - Méthode 1 fil/1 nœud utilisée
  - Méthode de réfection en trois plans utilisée

- Compte rendu de la réfection :
  - Types de fils utilisés tracés dans le dossier
  - TV/TR après réfection
  - Si suture en 3 plans : nombre de plans précisés
  - Si suture en 3 plans : nombre de points précisés
  - Si suture en 3 plans : types de point précisés

- Evaluation et prise en charge de la douleur au cours de la réfection :
  - Evaluation de la douleur au cours de la réfection tracée dans le dossier
  - Présence d'une anesthésie
  - Présence d'une anesthésie locale
  - Présence d'une analgésie péridurale

- Evaluation et prise en charge de la douleur en suites de couches :
  - Evaluation de la douleur mesurée lors des examens quotidiens tracée dans le dossier
  - Prescription d'antalgiques

Les différents critères de la grille d'audit sont explicités dans le guide de remplissage de la grille d'audit (Annexe II).

2.2.2.2. Mode de recueil et circuit des données :

Les dossiers des femmes ont été sélectionnés grâce à une requête informatique à partir du dossier informatisé de la maternité (dossier Icos® de la société Icogem®).

Parmi les 287 accouchements avec épisiotomie ayant été réalisés sur la période choisie, 100 dossiers ont été sélectionnés de manière aléatoire par un tirage au sort effectué à partir du logiciel Excel®.

Les données ont été recueillies de façon rétrospective, à partir des pièces du dossier.
Les parties suivantes ont été consultées :

Accouchement :

- Partogramme
- Accouchement :
  - Modalités → Commentaires
- Anesthésie/Délivrance/Périnée/Parties molles :
  - Anesthésie
  - Lésion des parties molles :

    Episiotomie → Commentaires

    Toucher vaginal (TV) / Toucher rectal (TR) → Fait/Non fait

Suites de couches :

- Hospitalisation suites de couches :
  - Observations d'entrée
  - Suivi journalier
- Résumé du séjour de la mère :
  - Traitements et interventions

La grille d'audit a été remplie pour chaque dossier audité.
Ce recueil a été réalisé à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes et ceci de façon anonyme.
Les données recueillies ont été intégrées dans un dossier Excel®.

2.2.2.3. La saisie des données :

Pour compléter la grille d'audit, trois modalités de réponses étaient possibles pour la plupart des critères.

- La réponse « OUI » lorsque le critère audité correspondait aux attentes.
- La réponse « NON » lorsque le critère audité ne correspondait pas aux attentes.
- La réponse « NON ADAPTE (NA) » lorsque le critère audité ne pouvait être évalué. Le guide de remplissage de la grille d'audit prévoit les situations où cette réponse est possible (Annexe II)

2.2.2.4. Le codage des données :

La grille d'évaluation a été saisie sur tableur Excel®. Les données ont été codées de la façon suivante :

- 1 lorsque la réponse était « oui »
- 2 lorsque la réponse était « non »
- 3 lorsque la situation était « non adaptée (NA) »

Pour le critère : « épisiotomie justifiée », les données ont été codées de la façon suivante :

- 0 lorsque l'épisiotomie n'était pas justifiée
- 4 lorsque des forceps ont été utilisés
- 5 lorsque des spatules ont été utilisées
- 6 lorsque qu'une ventouse a été utilisée
- 7 lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée sur ARCF
- 8 lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée sur une présentation du siège avec +/- manœuvre(s)
- 9 lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée sur une grossesse gémellaire avec +/- extraction instrumentale et manœuvre(s)
- 10 lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée sur une présentation en OS
- 11 lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée sur un périnée tonique ou mal amplié

2.2.2.5. Le contrôle qualité des données :

Il a été vérifié que la liste des dossiers à auditer ne comportait pas de doublon.

2.2.3. L'analyse des données :

2.2.3.1. Calcul des résultats :

Une fois les données recueillies, le pourcentage de « oui » et de « non » a été calculé. Les « non adaptés » n'entraient pas en compte dans le calcul des pourcentages.

2.2.3.2. Comparaison aux recommandations :

Les résultats de chaque évaluation ont été comparés aux taux attendus compte-tenu du référentiel choisi, soit 100% de oui attendus pour tous les critères.
Comme les « non adaptés » n'entraient pas en compte dans le calcul des pourcentages, le pourcentage de « non » correspondait, en fait, au pourcentage d'écart avec les recommandations.

2.2.3.3. Comparaison avec les audits de 2005 et 2007 :

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0,05 (risque α=5%). Les réponses aux items de la grille d'audit sont présentées par des pourcentages avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les trois phases d'évaluation (2005,2007 et 2015) ont été comparées par le test du Chi² ou le test exact de Fisher. Quand approprié (omnibus p-value < 0,05), un test post-hoc pour comparaisons multiples (procédure de Marascuilo) a été proposé.

2.2.3.4. Présentation des résultats :

Tous les tableaux sont construits de la même façon : pour chaque critère audité correspond un pourcentage de dossiers conformes aux recommandations.
La p-value, fixée à 0,05, permet de juger de la significativité ou non des résultats.

Les résultats des audits de 2005 et 2007 sont repris dans un article publié en 2013 dans le Journal de Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Le tableau présent dans l'article sera utilisé dans ce mémoire pour comparer les résultats obtenus (2).

2.2.4. Les aspects éthique et réglementaires :

2.2.4.1. Avis de comités consultatifs :

Le logiciel métier Icos® est déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

2.2.4.2. Anonymat :

Les données ont été saisies de façon anonyme sur le tableur Excel® 2007 (12.0.6755.5000) SP3 MS0 (12.0.6755.5000).
L'ensemble des analyses a été réalisé à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes.

RESULTATS

1. Présentation des résultats obtenus :

En 2015, 100 dossiers ont été retenus parmi le 287 accouchements avec épisiotomie enregistrés à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes du 1er juillet au 1er décembre.

Les résultats sont présentés de la manière suivante : en gras, lorsqu'un écart de plus de 10% par rapport aux recommandations est observé, soit un taux inférieur à 90% de « oui ».

1.1. Indication de l'épisiotomie :

L'indication de l'épisiotomie a été mentionnée dans 44% des dossiers audités (Tableau I).

Lorsqu'une épisiotomie a été effectuée au moment de l'accouchement, celle-ci pouvait être justifiée (selon les recommandations professionnelles) dans 47% des cas.
La figure 1 présente les situations dans lesquelles une épisiotomie a été réalisé.

Tableau I : Résultats obtenus concernant l'indication de l'épisiotomie :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Indication de l'épisiotomie présente dans le dossier	**44** [34,1 ; 54,3]	100	56
Episiotomie justifiée	**47** [36,9 ; 57,2]	100	53

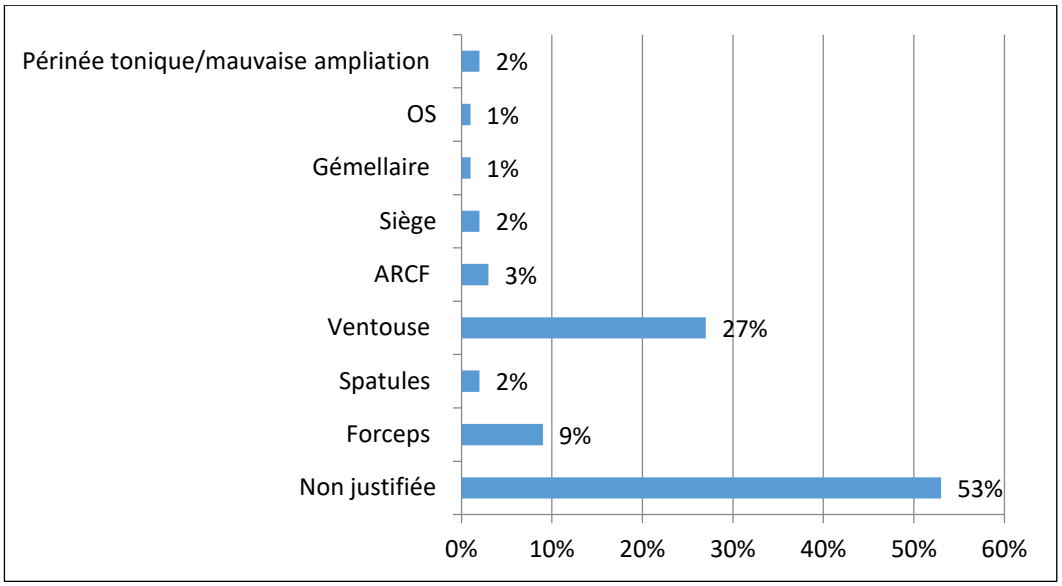

Figure 1 : Situations dans lesquelles une épisiotomie a été effectuée :

1.2. Identification du/des opérateur(s) :

Le nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie était tracé dans 97% des dossiers audités.

Le nom de l'opérateur ayant réalisé la suture était tracé dans 93% des dossiers audités (Tableau II).

Tableau II : Résultats obtenus concernant l'identification du/des opérateur(s) :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie	97 [91,5 ; 99,4]	100	3
Nom du/des opérateur(s) ayant suturé l'épisiotomie	93 [86,1 ; 97,1]	100	7

1.3. Méthode de réfection :

Concernant la méthode de réfection, celle-ci est tracée dans 87% des dossiers.

La réfection selon la méthode 1 fil/1 nœud a été utilisée dans 48% des cas et la méthode en trois plans dans 52% des cas (Tableau III).

Tableau III : Résultats obtenus concernant la méthode de réfection :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Méthode de réfection précisée dans le dossier	**87** [78,8 ; 92,9]	100	13
Méthode de réfection 1fil/1 nœud utilisée	48 [37,9 ; 58,2]		
Méthode de réfection en 3 plans utilisée	52 [41,8 ; 62,1]		

1.4. Compte rendu de la réfection :

Le compte rendu de la réfection mentionnait dans 82% des dossiers audités les types de fils utilisés pour la suture et un toucher vaginal avec un toucher rectal ont été effectués dans tous les cas (Tableau IV).

Concernant la réfection selon la méthode en trois plans :

- Les différents plans suturés ont été précisés dans 76,9% des cas,
- Le nombre de points, dans 28,8% des cas,
- Les types de points réalisés dans 73,1% des cas (Tableau V).

Tableau IV : Résultats obtenus concernant le compte rendu de la réfection :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Types de fils utilisés précisés	**82** [73,1 ; 89,0]	100	18
TV/TR après réfection	100 [96,4 ; 100,0]	100	0

Tableau V : Résultats obtenus concernant la méthode de réfection en trois plans :

Items grille d'audit	(n=52) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Si suture en 3 plans: différents plans précisés	**76,9** [63,1 ; 87,5]	100	23,10
Si suture en 3 plans: nombre de points précisés	**28,8** [17,1 ; 43,1]	100	71,20
Si suture en 3 plans: types de points précisés	**73,1** [58,9 ; 84,4]	100	26,90

1.5. Evaluation et prise en charge de la douleur au cours de la réfection :

L'évaluation de la douleur au moment de la réfection de l'épisiotomie n'a été retrouvée dans aucun des dossiers audités.

Une anesthésie était présente dans 99% des cas, que ce soit une analgésie péridurale, une anesthésie locale ou les deux (Tableau VI).

Tableau VI : Résultats obtenus concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur au cours de la réfection :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Evaluation de la douleur au cours de la réfection présente dans le dossier	**0** [0 ; 0]	100	100
Présence d'une anesthésie	99 [94,6 ; 100,0]	100	1
Présence d'une anesthésie locale	6 [2,2 ; 12,6]		
Présence d'une analgésie péridurale	97 [91,5 ; 99,4]		

1.6. Evaluation et prise en charge de la douleur en suites de couche :

Durant le séjour en suites de couches, une évaluation quotidienne de la douleur a été tracée chaque jour dans 47% des dossiers audités.

Des antalgiques ont été prescrits dans 100% des dossiers audités (Tableau VII).

Tableau VII : Résultats obtenus concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur en suites de couches :

Items grille d'audit	(n=100) % [IC95%]	Attendu %	Ecart avec la pratique %
Evaluation globale de la douleur mesurée lors des examens quotidiens	**47** [36,9 ; 57,2]	100	53
Prescription d'antalgiques	100 [96,4 ; 100,0]	100	0

2. Comparaison des résultats avec ceux obtenus aux 2 premiers audits :

Les résultats sont présentés de la manière suivante :

- En **gras**, lorsqu'un écart de plus de 10% par rapport aux recommandations est observé, soit un taux inférieur à 90% de « oui »,
- En vert, lorsqu'il existe une amélioration significative des résultats entre les trois évaluations,
- En rouge, lorsqu'il existe une détérioration significative des résultats entre les trois évaluations.

Tableau VIII : Comparaison des résultats obtenus aux 3 évaluations :

Items de la grille d'audit	2005 (n=100) % [IC95%]	2007 (n=85) % [IC95%]	2015 (n=100) % [IC95%]	p-value
Indication de l'épisiotomie présente	**48** [33,9 ; 62,1]	**51** [36,2 ; 65,8]	**44** [34,1 ; 54,3]	0,66
Nom de l'opérateur de l'épisiotomie noté	**87** [79,9 ; 94,1]	90,6 [84,1 ; 97,1]	97 [91,5 ; 99,4]	0,04[a]
Nom de l'opérateur de la suture noté	**86** [78,7 ; 93,3]	90,6 [84,1 ; 97,1]	93 [86,1 ; 97,1]	0,25
Type(s) de fils utilisé(s) notifié(s)	**68** [56,9 ; 79,1]	**76,5** [66,2 ; 86,8]	**82** [73,1 ; 89,0]	0,07
Compte rendu [x] :				
Complet	**64** [52,2 ; 75,8]	**69,4** [57,6 ; 81,2]	**30** [21,2 ; 40,0]	
Incomplet	14 [0 ; 32,2]	10,6 [0,0 ; 30,7]	70 [60,0 ; 78,8]	<0,001[b]
Absent	22 [4,7 ; 39,0]	20 [1,0 ; 39,0]	0 [0 ; 0]	
Evaluation de la douleur [y]	**0** [0 ; 0]	**1,2** [0,0 ; 22,5]	**0** [0 ; 0]	0,30
Anesthésie lors de la réfection [z]	90 [83,8 ; 96,2]	94 [88,8 ; 99,2]	99 [94,6 ; 100,0]	0,01[c]

Les résultats des audits de 2005 et 2007 sont repris dans un article publié en 2013 dans le Journal de Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Le tableau présent dans l'article sera utilisé dans ce mémoire pour comparer les résultats obtenus (2).

[x] Compte rendu de la réfection de l'épisiotomie dans le dossier obstétrical considéré comme complet lorsqu'il cite à la fois l'opérateur, l'indication, la technique et le type de fil. Il est considéré comme absent si aucun des ces critères n'apparait et comme incomplet si l'un de ces items est manquant.

[y] Evaluation de la douleur tracée dans le dossier, lors de la réfection et en suites de couches.

[z] Type d'anesthésie tracée dans le dossier lors de la suture de l'épisiotomie.

[a] Différence statistiquement significative entre 2005 et 2015 (p=0,03)
[b] Différence statistiquement significative entre 2005 et 2015 (p<0,001) et entre 2007 et 2015 (p<0,001)
[c] Différence statistiquement significative entre 2005 et 2015 (p=0,02)

Concernant l'indication de l'épisiotomie, les résultats se sont détériorés en 2015 en comparaison à ceux de 2005 et 2007 mais cette différence n'est pas statistiquement significative (Tableau VIII).

Concernant le nom de l'opérateur ayant effectué l'épisiotomie, les résultats se sont améliorés entre les 3 évaluations et cette différence est statistiquement significative (p=0,04).
Notamment entre 2005 et 2015 (p=0,03) (Tableau VIII).

Concernant le nom de l'opérateur de la suture de l'épisiotomie, les résultats se sont améliorés en 2015 en comparaison à ceux de 2005 et 2007 mais cette différence n'est pas statistiquement significative (Tableau VIII).

Concernant le(s) type(s) de fils utilisé(s), les résultats se sont améliorés en 2015 en comparaison à ceux de 2005 et 2007 mais cette différence n'est pas statistiquement significative.
Néanmoins, nous pouvons observer que p=0,07 ce qui signifie que la différence se rapproche du seuil de significativité (Tableau VIII).

Concernant le compte rendu de la réfection, les résultats se sont statistiquement détériorés, que ce soit entre 2005 et 2015 (p=0,001) et entre 2007 et 2015 (p=0,001).
Il est retrouvé moins de compte rendu complet, en revanche, il n'y a plus de compte rendu absent. (Tableau VIII).

Concernant l'évaluation de la douleur lors de la réfection et en suites de couches, les résultats sont les mêmes en 2005 et 2015. Ils se sont détériorés entre 2007 et 2015 mais cette différence n'est pas statistiquement significative (Tableau VIII).

Concernant la présence d'une anesthésie au moment de la réfection, les résultats se sont améliorés entre les 3 évaluations et cette différence est statistiquement significative (p=0,01).

Notamment entre 2005 et 2015 (p=0,02) (Tableau VIII).

DISCUSSION

1. Critiques de l'étude :

1.1. Puissance de l'étude :

D'après l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, s'agissant de la tenue du dossier, un effectif limité à 30 dossiers par service ou unité fonctionnelle parait suffisant pour apprécier la situation (55).

Dans cette étude, 100 dossiers ont été audités parmi les 287 accouchements ayant été effectués avec une épisiotomie durant la période du 1er juillet au 1er décembre 2015 enregistrés à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes.

1.2. Forces et limites de l'étude :

Le recueil des données a été réalisé de façon « rétrospective », conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Cela implique que les professionnels n'ont pas pu modifier leurs pratiques spécialement au moment de l'étude des dossiers, ce qui aurait pu être le cas dans une démarche avec un recueil prospectif des données et aurait ainsi entraîné un biais.

Tous les dossiers ont été audités par une seule et même personne, permettant un recueil homogène des données de la grille de recueil de l'audit. Cela permet d'assurer une certaine cohérence dans l'analyse des dossiers et limite le risque d'erreur de classification.

On dénombre une centaine de sage-femme à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes. L'échantillon était restreint à une période de cinq mois pour l'évaluation, cela sous-entend que l'analyse n'a pas pu prendre en compte l'ensemble des sages-femmes travaillant en salle de naissance et que celle-ci était limitée à une période de l'année.

L'évaluation portait surtout sur l'impact des RPC relatives à l'épisiotomie du CNGOF et du CNSF de 2005, hors aucune précision n'est donné sur le remplissage du dossier dans ces recommandations. En revanche, l'ANAES, dans les réglementations et

recommandations sur le dossier patient propose les informations que doivent contenir un compte rendu opératoire (4). L'épisiotomie étant assimilée à un acte de petite chirurgie.
Malgré cela, il n'existe pas de consensus professionnel ou de textes précisant explicitement les données devant figurer dans le compte rendu d'épisiotomie.
En revanche, l'article L1111-2 de la loi du 4 mars 2002 précise que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou action de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent [...] » (56).

L'amélioration de la prise en charge des femmes passe par une tenue complète du dossier qui assure la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. La sage-femme, comme les autres professionnels médicaux est soumise à un risque médico-légal élevé, et la responsabilité personnelle et médicale de chacun est engagée dans la rédaction du compte rendu de l'accouchement et ses suites.

2. Analyse des résultats :

2.1. Indication de l'épisiotomie :

En 2015, il a été constaté que l'indication de l'épisiotomie est moins fréquemment tracée dans le dossier médical des femmes.
De plus, il s'agit souvent de situations où une extraction instrumentale a été pratiquée, et, dans ces cas là l'indication se fond dans le compte rendu de l'extraction rédigé systématiquement par le médecin ou l'interne l'ayant pratiqué. L'épisiotomie est alors justifiée par le caractère dystocique de l'accouchement.
Des cas d'accouchements physiologiques effectués par les sages-femmes sont retrouvés. Certaines situations peuvent justifier la pratique d'une épisiotomie. C'est le cas pour : les anomalies du RCF, les présentations podaliques ou en OS, les accouchements de grossesses multiples et les dystocies des parties molles.
Cependant, dans plus de la moitié des cas où une épisiotomie a été effectuée, celle-ci ne pouvait être justifiée par une situation clinique particulière ou tout du moins celle-ci n'était pas précisée dans le dossier.

Aujourd'hui, les études démontrent clairement les limites de l'épisiotomie. En effet, celle-ci n'est justifiée que dans certaines situations et parfois à la seule appréciation clinique de l'opérateur. Il semble donc pertinent de savoir quand et surtout pourquoi une épisiotomie a été réalisée.
De plus, la profession de sage-femme est soumise aux règles du code de déontologie. En effet, selon l'article R.4127-314 du code de la santé publique : « la sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié. » (57) ; de même que l'article R.4127-325 : « dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. » (58).
De plus, l'article L1111-7 de la loi du 4 mars 2002 précise que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé [...] notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention [...] » (59).

A la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes, le taux d'épisiotomie est déjà relativement bas (18,09% en 2014), mais le fait de pousser les professionnels à justifier leurs pratiques pourraient les inciter à d'avantage de réflexion au moment du geste et ainsi contribuer à la diminution du taux d'épisiotomie.

Les résultats obtenus pour cet item sont moins satisfaisants que les années précédentes.
Bien qu'un encart dans le dossier informatisé Icos® soit dédié aux commentaires liés à l'épisiotomie, celui-ci est fréquemment utilisé pour le compte rendu de la réfection et peu souvent l'indication y est précisée.
Peut-être que l'intégration au logiciel d'une case : « indication » ou « épisiotomie pour » permettrait aux professionnels de justifier plus souvent leur intervention.

2.2. Nom de l'opérateur de l'épisiotomie et de la suture :

Il a été considéré que la personne effectuant l'accouchement était la personne réalisant l'épisiotomie lorsqu'une seule personne était intervenue au moment de l'expulsion. Dans les situations où plusieurs personnes étaient présentes : sage-femme et médecin ou

interne, le nom de l'opérateur devait être clairement noté sinon il était considéré comme non tracé.

En 2015, il a été observé une amélioration des résultats concernant le nom de l'opérateur ayant effectué l'épisiotomie de façon statistiquement significative.

Se pose la question de la responsabilité médicale. La responsabilité civile est une obligation de répondre devant la justice d'un dommage et d'en réparer les conséquences en indemnisant la victime. Son objectif est la réparation du dommage par l'auteur. Ainsi la responsabilité civile apparait avec des contours bien limités (60).

En effet, une épisiotomie mal réalisée ou suivie d'une déchirure complète compliquée peu mettre en jeu le pronostic sphinctérien de la patiente. La sage-femme, comme le médecin, est donc entièrement responsable de ses actes. Il est donc capital de s'identifier correctement lorsque l'on pratique un geste, à fortiori invasif et parfois lourd de conséquences tel que l'épisiotomie.

La question de l'information et du consentement aux soins trouve également sa place. En effet, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (s'agissant par exemple des différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui peuvent être proposés au patient, leurs utilités, leurs conséquences, leurs risques...). Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. De même qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Ainsi, toute personne a le droit de prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. A ce titre, tout patient a le droit de refuser ou d'accepter les soins proposés par le professionnel de santé (61).

Cependant, il est compliqué d'informer la patiente et de lui demander son consentement au moment même où l'épisiotomie doit être réalisée. De plus, dans certains cas il s'agit de situations d'urgence, comme dans le cadre des anomalies de RCF où le pronostic vital de l'enfant à naitre est engagé.

Le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) qui représente les usagers du système de santé, formule un certain nombre de réclamations et préconisations dans son dernier article concernant l'épisiotomie en 2013 qui concernent :

- Le consentement : effectif et respecté pour toutes les femmes
- La transparence de l'information concernant le taux d'épisiotomie de chaque établissement de santé
- Une redéfinition du taux maximal admissible
- L'amélioration des pratiques associées à l'extraction instrumentale afin de diminuer le recours à l'épisiotomie (62).

Parfois les femmes peuvent avoir des questions relatives à leur accouchement et notamment se demander pourquoi elles ont eu une épisiotomie. La réponse des professionnels de santé sera alors moins légitime si l'indication n'est pas clairement notifiée dans le dossier.

L'amélioration des résultats peut s'expliquer par la mise en place du dossier informatisé au sein de la maternité. En effet, le nom de l'intervenant se rempli automatiquement avec le nom de la personne qui ouvre le logiciel.
Cependant, lorsque plusieurs personnes interviennent au moment de l'accouchement (sage-femme, médecin, interne), la personne qui a réalisé et/ou suturé l'épisiotomie doit être reprécisé dans le compte rendu de l'épisiotomie.

De la même manière que pour le nom de l'opérateur de l'épisiotomie, il a été considéré que la personne effectuant l'accouchement était celle réalisant l'épisiotomie et donc la suture dans les cas où seule personne était intervenue au moment de l'expulsion. Dans les situations où plusieurs personnes étaient présentes : sage-femme et médecin ou interne, le nom de l'opérateur devait être clairement noté sinon il était considéré comme absent.

Comme pour l'identification de l'opérateur de l'épisiotomie, celui de la suture est globalement bien tracé dans le dossier. De la même façon, les résultats se sont améliorés par rapport aux années précédentes mais cette fois de manière non significative.

La suture de l'épisiotomie est un acte délicat. En effet, il en dépendra le devenir périnéal de la femme. Lorsqu'une plainte apparait, c'est souvent à distance de l'acte, la responsabilité engagée doit être définie c'est pour cela qu'il est important de s'identifier. Cela d'autant plus que dans les situations dystociques plusieurs acteurs sont amenés à intervenir au moment de l'expulsion ; c'est le cas par exemple lors d'une extraction instrumentale effectuée par un médecin.

2.3. Type(s) de fils utilisé(s) :

Les types de fils utilisés pour la suture sont globalement mieux notifiés dans les dossiers en 2015 et cette différence tend à être significative.

De manière générale, la personne qui a réalisé l'accouchement n'est pas celle qui suit la femme lors des suites de couches, d'où l'importance de la présence dans le dossier des différents éléments de la réfection. Notamment en cas de problèmes de cicatrisation ou de désunion il est intéressant de connaitre quel type de fil a été utilisé.

Par ailleurs, cette information peut être importante pour répondre aux questions des femmes durant leur séjour. Il est fréquent que les patientes demandent si elles devront se faire enlever les points au niveau de leur périnée ou non.
Bien qu'aujourd'hui, dans presque tous les cas, des fils résorbables soient utilisés pour la réfection de l'épisiotomie ou des déchirures périnéales nous ne pouvons pas généraliser cette pratique sans que la preuve écrite soit présente dans le dossier.

2.4. Compte rendu de la réfection :

Le compte rendu de la réfection a été considéré comme complet lorsqu'il contenait à la fois : l'opérateur, l'indication, la technique de réfection utilisée et le type de fils.
Les résultats de cet item se sont détériorés en 2015 de façon très significative.

Il existe deux méthodes de réfection de l'épisiotomie : la méthode selon la technique « 1 fil/1 nœud » ou surjet continu et la méthode en trois plans.

Bien qu'un atelier sur la suture du périnée ait été proposé par la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes en 2014, il est constaté dans cette étude que la méthode de réfection en trois plans est le plus souvent utilisée par l'équipe médicale. Il semble donc primordial de continuer à former les professionnels à la technique du surjet continu.

Les recommandations professionnelles du CNGOF de 2005 préconisent, sous réserve d'une formation spécifique, d'utiliser la technique du surjet continu pour la réfection de l'épisiotomie. En effet, cette méthode réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence, elle suscite également une plus grande satisfaction des patientes (grade A).
De plus, l'application de points séparés sur la peau, avec la technique de réfection en trois plans, peut augmenter le taux de dyspareunies à trois mois du post-partum (grade B) (7).
Dans un article de la Cochrane, les auteurs concluent sur le fait que les techniques de suture continue sont associées à moins de douleur à court terme, de besoin d'analgésie et d'ablation de suture. La technique du surjet continu utilise également moins de matériel de suture que les méthodes interrompues (63).

L'épisiotomie est assimilée à un acte de petite chirurgie, par conséquent, son compte rendu obéit à certaines règles.
Les réglementations et recommandations concernant le dossier du patient proposé par l'ANAES en 2003 stipulent que tous les comptent rendu opératoires doivent contenir, entre autre, les exécutions et techniques réalisées, le matériel utilisé avec ses caractéristiques précises, le type de fermeture et la nature des ligatures (4).
En effet, lorsque la méthode de réfection en trois plans est utilisée, il semble important de préciser dans le compte rendu, les différents plans qui ont été suturés et pour chacun d'eux les nombres et types de points réalisés.
C'est pourquoi, pour l'étude, lorsqu'il était seulement noté dans le compte rendu de réfection : « suture en trois plans », celui-ci était considéré comme incomplet. La technique du surjet continu demande beaucoup moins de détails du fait de sa simplicité.

Cependant, nous pouvons ici nuancer les résultats obtenus concernant le compte rendu de la méthode de réfection en trois plans. En effet, dans l'étude effectuée en 2015, ce dernier a été scrupuleusement analysé avec les différents plans qui ont été suturés et

pour chacun d'eux les nombres et types de points réalisés. Il n'y a pas de donnée concernant cette précision pour les audits de 2005 et 2007.

Toutes ces informations peuvent intéresser la sage-femme qui prendra en charge la femme durant les suites de couches. En cas de douleur périnéale par exemple, celle-ci peut décider de l'ablation de points. La prise en charge pourra alors être facilitée si toutes les informations sont à disposition.

Un toucher vaginal et un toucher rectal ont été pratiqués dans tous les cas après la suture d'une épisiotomie.
Le toucher vaginal permet de s'assurer qu'aucune compresse, utilisée pour éviter que les saignements ne gênent la suture, n'ait été oubliée dans le vagin de patiente ; ce qui favoriserait un risque infectieux. Puis, le toucher rectal, permet de s'assurer de l'absence de points transfixiants au niveau du rectum.

2.5. Evaluation de la douleur et anesthésie lors de la réfection :

L'évaluation de la douleur a été recherchée au moment de la réfection et lors des examens quotidiens en suites de couches.

Dans cette évaluation, l'évaluation de la douleur au moment de la réfection n'a jamais été retrouvée. En revanche, la douleur des femmes est prise en charge puisque dans presque tous les cas, une anesthésie a été retrouvée, que ce soit une analgésie péridurale, une anesthésie locale ou les deux.
Concernant l'évaluation de la douleur en suites de couches, celle-ci est retrouvée quotidiennement seulement dans moins de la moitié des cas. En revanche, la patiente bénéficie toujours de la prescription d'antalgiques.

Selon la HAS, au moins un résultat de mesure de la douleur doit être retrouvé dans le dossier du patient non algique et au moins deux résultats de mesure de la douleur si le patient est algique (48).
La douleur a pour particularité de ne pas pouvoir être mesurée objectivement (comme peut l'être la température par exemple) en raison de sa subjectivité et de sa grande

variabilité selon les individus. Néanmoins, un certain nombre d'outils ont été développés pour tenter d'en évaluer l'intensité et d'en suivre l'évolution.
Les outils permettant d'évaluer la douleur sont nombreux. Ces échelles simples d'autoévaluation permettent une première évaluation et le suivi de l'efficacité d'un traitement antalgique pour un patient donné (49).

La douleur est un des principaux caractères péjoratifs imputé à l'épisiotomie donc son évaluation et sa prise en charge devraient être systématiques.

Bien que l'évaluation de la douleur soit peu tracée dans le dossier, il a été tout de même observé que celle-ci est très bien prise en charge.

En effet, en ce qui concerne la réfection, il n'est retrouvé qu'une seule patiente n'ayant pas bénéficié d'anesthésie.
La présence d'une anesthésie au moment de la réfection est un critère qui s'est significativement amélioré en 2015.
L'efficacité de l'analgésie péridurale peut varier selon le moment de l'accouchement, aussi être plus ou moins latéralisée si différentes postures ont été adoptées pendant le travail par exemple. De même qu'une anesthésie locale qui peut mettre plus ou moins de temps à s'installer correctement.
Il serait donc intéressant d'avoir une évaluation de la douleur tracée dans le dossier. En effet, celle-ci avant et pendant la réfection serait un plus pour savoir si le femme est totalement soulagée.

Pour ce qui du séjour en suites de couches, des antalgiques ont été prescrits dans tous les cas. Néanmoins, l'évaluation de la douleur a été tracée dans le dossier dans moins de la moitié des cas.
L'aspect positif de la prescription d'antalgique peut ici être souligné. Cependant, toute prescription doit être justifiée et adaptée selon l'importance de la douleur ressentie par la patiente.

3. Projets d'action :

3.1. Suivi annuel du taux global d'épisiotomie :

Un suivi annuel du taux global d'épisiotomie est en place depuis 2006 à la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes. Cette approche par indicateur est à poursuivre. En effet, cela permet aux professionnels de se rendre compte de leur pratique quotidienne grâce à des chiffres concrets. La visualisation de taux en constante diminution doit les motiver à poursuivre leurs efforts, de même que dans le cas contraire, avec un taux d'épisiotomie qui repartirait à la hausse, de les encourager à revoir leurs pratiques.

3.2. Réalisation d'un audit clinique régulier :

La réalisation d'audit sur le remplissage du dossier en cas d'épisiotomie permet de faire un rappel aux professionnels à propos des oublis les plus fréquents. Cela permet d'améliorer un certain nombre de critères.

Des progrès ont été relevés dans différents domaines, c'est le cas pour l'identifications des opérateurs et la présence d'une anesthésie au moment de la réfection ; de même que pour le(s) type(s) de fils utilisé(s) pour la suture avec une différence qui tend à être significative. Cependant, il est nécessaire de continuer les efforts, dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Enfin, aujourd'hui, les couples sont de plus en plus impliqués dans les décisions entourant la naissance de leur enfant, par la rédaction de projets de naissance par exemple. Les éléments à tracer dans le dossier concernant l'épisiotomie font donc aussi partie intégrante des désirs des femmes et permet également de légitimer les actes des professionnels de santé.

3.3. Recommandations pour la pratique clinique :

Les RPC concernant l'épisiotomie sont anciennes, en effet, celles-ci datent de plus de dix ans. Il serait intéressant de voir publier de nouvelles recommandations qui incluraient notamment les données médicales à fournir de manière systématique lors de la rédaction du compte rendu de l'épisiotomie.

3.4. Diffusion des résultats à l'équipe de la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes :

La diffusion des résultats de l'audit à l'ensemble de l'équipe médicale, via un courriel par exemple, permettrait aux professionnels d'être conscient des dysfonctionnements et de mettre en œuvre les dispositions nécessaires à la correction de ces imperfections.

3.5. Modifications du logiciel Icos® :

La principale modification à proposer serait la mise en place d'un onglet pour évaluer la douleur des patientes au moment de la réfection de l'épisiotomie (ou autres déchirures périnéales). Car, en effet, si celle-ci n'est jamais retrouvée, il est vrai qu'aucun emplacement n'y est réservé sur Icos®.

Par ailleurs, l'informatique a pour avantage de pré-remplir des réponses qui peuvent être facilement changées en sélectionnant l'item ou la valeur de l'EN comme proposé dans le dossier des suites de couches.

D'autre part, une case dédiée à la précision de l'indication de l'épisiotomie serait certainement utile, notamment pour les sages-femmes en cas d'accouchement physiologique.

La partie « commentaires » serait alors dédiée à la rédaction d'un compte rendu de réfection complet. Sans oublier la précision de l'opérateur s'il ne s'agit pas de la sage-femme ayant pris en charge la patiente lors de l'accouchement.

CONCLUSION

Il est désormais admis que l'épisiotomie ne prévient pas la survenue de déchirures périnéales du troisième ou quatrième degré, d'incontinence urinaire (grade A) et d'incontinence anale (grade B) et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (grade C). En revanche, l'épisiotomie réduit le risque de survenue de déchirure périnéale antérieure, de moindre gravité (grade A).
Une politique libérale de l'épisiotomie par rapport à une utilisation restrictive ne démontre aucun bénéfice tant sur le versant maternel (grade A) que fœtal (grade B). Par conséquent, celle-ci n'est pas recommandée.

Cependant, certaines situations peuvent justifier la pratique d'une épisiotomie, selon l'appréciation de l'opérateur.

Suite à la diffusion des RPC, le CNGOF, le CNSF et les usagers attendaient une diminution du taux d'épisiotomies.
A la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes, le taux d'épisiotomie (18,09% en 2014) est déjà très en dessous des taux attendus (inférieur à 30%), ce qui est très positif.

La qualité du compte rendu d'épisiotomie est un élément essentiel. En effet, l'épisiotomie apparait très souvent comme un acte mal appréhendé par les femmes, il est donc nécessaire de le justifier correctement. D'autant plus que la responsabilité de chacun est engagée.

A la maternité de type III au sein de la région Auvergne - Rhône-Alpes, l'évolution de la tenue du dossier montre l'amélioration significative de deux critères : le nom de l'opérateur de l'épisiotomie et l'anesthésie lors de la réfection et la dégradation d'un critère primordial qui est celui du compte rendu, très souvent incomplet.
La traçabilité de l'indication de l'épisiotomie et la rédaction d'un compte rendu complet de sa réfection, l'évaluation de la douleur au moment de la réfection et quotidiennement en suites de couches constituent les principaux axes de sensibilisation des équipes médicales mis en exergue par cet audit.
La rédaction d'un référentiel précisant explicitement les critères attendus lors du compte rendu d'épisiotomie et la rédaction de recommandations professionnelles actualisées

permettront de poursuivre l'amélioration des pratiques des professionnels sur le terrain pour des actes médicaux plus justifiés et une meilleure information des patientes.

REFERENCES

1. AUDIPOG. Evaluation des pratiques professionnelles portant sur la réalisation des épisiotomies.

2. Azuar A.S., Vendittelli F., Tergny E., Savary D., Accoceberry M., Jacquetin B., Gallot D., Lemery D. Politique restrictive d'épisiotomie au sein d'un service: un exemple d'évaluation des pratiques professionnelles. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2013;(41):10-5.

3. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient: réalisation pratique de l'audit clinique. 2003.

4. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : reglementation et recommandations. 2003.

5. UVMaF. Anatomie du périnée féminin [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/perinee/site/html/1.html

6. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : épisiotomie [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507

7. Verspyck E., Sentilhes L., Roman H., Sergent F., Marpeau L. Recommandations pour la pratique clinique: techniques chirurgicales de l'épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35 (suppl au n°1)(1S40-1S51).

8. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique (texte court): épisiotomie. 2005.

9. Bartscht KD, DeLancey JO. Episiotomy. Glob Libr Womens Med [Internet]. 2009 [cité 12 juin 2016]; Disponible sur: http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=128

10. Vardon D., Reinbold D., Dreyfus M. Episiotomie et déchirures obstétricales récentes. Tech Chir - Gynécologie. avr 2013;volume 8(n°1).

11. Eckman A., Ramanah R. Gannard E., Clement M.C., Collet G., Courtois L., Martin A., Cossa S., Maillet R., Riethmuller D. Evaluation d'une politique restrictive de l'épisiotomie avant et après les recommandations du collège national des gynécologues obstétriciens français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010;39(37-42).

12. Vendittelli F., Gallot D. Recommandations pour la pratique clinique: quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35 (suppl au n°1)(1S12-1S23).

13. Chuilon A.-L., Le Ray C., Prunet C., Blondel B. L'épisiotomie en France en 2010: variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;45:(691-700).

14. Chehab M., Courjon M., Eckman-Lacroix A., Ramanah R., Maillet R., Reithmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionel dans une population d'une maternité de niveau III. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juin 2014;43(6):463-9.

15. Organisation Mondiale de la Santé. Soins liés à un accouchement normal : guide pratique - Rapport d'un groupe de travail technique. 1997.

16. Royal College of Midwives. How to perform an episiotomy [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-perform-an-episiotomy

17. Parant O., Reme J-M., Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. In: Encyclopédie médico-chirurgicale.

18. Langer B., Minetti A. Recommandations pour la pratique clinique: complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35 (suppl. au n°1)(1S59-1S67).

19. OMS | Épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse [Internet]. WHO. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/fr/

20. Koskas M., Caillod A-L., Fauconnier A., Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2009;37(697-702).

21. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract

22. National Institute for health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance and guidelines | [Internet]. [cité 17 sept 2016]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190

23. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : extractions instrumentales. 2008;

24. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Extractions instrumentales du foetus : forceps. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 630. (Sauramps medical).

25. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Spatules de Thierry. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 717. (Sauramps medical).

26. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Ventouse obstétricale. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 699. (Sauramps medical).

27. Wolters Kluwer. Approch to episiotomy : when to consider episiotomy : operative vaginal delivery. UpToDate; 2016.

28. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : dystocie des épaules (texte court). 2015;

29. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Dystocies des épaules : manoeuvres. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 535. (Sauramps medical).

30. Wolters Kluwer. Approch to episiotomy : when consider episiotomy : shoulder dystocia. UpToDate; 2016.

31. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique : faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ? 30 nov 2000;Tome XXIV.

32. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Présentations du siège. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 384. (Sauramps medical).

33. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : le retard de croissance intra-utérin. 2013;

34. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Extraction des foetus de petits poids. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 777. (Sauramps medical).

35. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Accouchement des grossesses multiples. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 425. (Sauramps medical).

36. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : modalités de surveillance foetale pendant le travail. 12 déc 2007;

37. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Expulsion des présentations céphaliques : réaction du foetus à l'agression. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 278. (Sauramps medical).

38. Wolters Kluwer. Approch to episiotomy : when to consider episiotomy : expedite delivery of the fetus. UpToDate; 2016.

39. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Présentations défléchies : le bregma. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 366. (Sauramps medical).

40. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Expulsion des présentations céphaliques et présentations défléchies : dégagement en mento-pubien (face). In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 275 ; 361. (Sauramps medical).

41. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Positions maternelles pour l'accouchement : présentations postérieures. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 310. (Sauramps medical).

42. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Expulsion des présentations céphaliques : dégagement en occipito-sacrée. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 274. (Sauramps medical).

43. Schaal Jean-Patrick, Riethmuller Didier, Maillet Robert, Uzan Michèle. Dystocie des parties molles. In: Mécanique & Techniques Obstétricales. 4ème édition. 2012. p. 513. (Sauramps medical).

44. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub3/abstract

45. The Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: suturin the perineum. 2012.

46. Faruel-Fosse H. Recommandations pour la pratique clinique: soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35 (suppl. au n°1)(1S52-1S58).

47. Simon E.-G., Laffon M. Soins maternels après accouchement voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat: recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. :2015.

48. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur: traçabilité et évaluation de la douleur. 2008.

49. VIDAL. Comment mesure-t-on la douleur ? [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur.html?pb=mesure-evaluation

50. Haute Autorité de Santé. L'audit clinique: bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles [Internet]. 1999. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique.pdf

51. Vendittelli F. Annalyse des pratiques professionnelles en maternité: méthodologie et expérience [Internet]. AUDIPOG; Disponible sur: http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2013/pres01.pdf

52. Haute Autorité de Santé. Une méthode d'amélioration des pratiques: audit clinique, évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. 2004.

53. Haute Autorité de Santé. Évaluation des pratiques professionnelles - Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles

54. Haute Autorité de Santé. Rapport de certification du CHU de Clermont-Ferrand. 2010.

55. ANAES. Evaluation des pratiques professionelles dans les établissements de santé - Dossier patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu , réglementations et recommandations. 2003.

56. Article L1111-2. Code de la santé publique.

57. Article R4127-314. Code de la santé publique.

58. Article R4127-325. Code de la santé publique.

59. Article L1111-7. Code de la santé publique.

60. La responsabilité civile en matière médicale [Internet]. [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: http://www.medileg.fr/La-responsabilite-civile-en-804

61. Droit des patients [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/droit-des-patients/

62. CIANE. Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes. 2013.

63. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev. 14 nov 2012;11:CD000947.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'évaluation :

		Réponses observées :			Commentaires :
		Oui	Non	NA[1]	
Indication de l'épisiotomie	Indication de l'épisiotomie tracée dans le dossier				
	Episiotomie justifiée				
Identification du/des opérateur(s)	Nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie tracé dans le dossier				
	Nom du/des opérateur(s) ayant suturé l'épisiotomie tracé dans le dossier				
Méthode de réfection	Méthode de réfection précisée dans le dossier				
	Méthode de réfection 1fil/1noeud utilisée				
	Méthode de réfection en 3 plans utilisée				
Compte rendu de la réfection	Types de fils utilisés précisés				
	TV/TR après réfection				
	Si suture en 3 plans : nombre de plans précisés				
	Si suture en 3 plans : nombre de points précisés				
	Si suture en 3 plans : types de points précisés				
Evaluation et prise en charge de la douleur au cours de la réfection	Evaluation de la douleur au cours de la réfection tracée dans le dossier				
	Présence d'une anesthésie				
	Présence d'une anesthésie locale				
	Présence d'une analgésie péridurale				
Evaluation et prise en charge de la douleur en suites de couches	Evaluation de la douleur mesurée lors des examens quotidiens tracée dans le dossier				
	Prescription d'antalgiques				

[1]NA = Non Adapté

Annexe II : Guide de remplissage de la grille d'audit :

A. Indication de l'épisiotomie : (4)

Critère n°1 : indication de l'épisiotomie tracée dans le dossier :

- Cas de l'extraction instrumentale :

Lorsqu'une extraction instrumentale par ventouse, forceps ou spatules est pratiquée, que ce soit sur une grossesse unique ou multiple, celle-ci est systématiquement justifiée dans les commentaires des modalités d'accouchement. L'indication se fond alors dans le compte rendu de l'extraction.

- Cas où seule la sage-femme intervient :

Si dans le dossier, la sage-femme n'a pas noté : « épisiotomie pour ... », l'indication est considérée comme absente.

Critère n°2 : épisiotomie justifiée (selon les recommandations professionnelles) :

Pour savoir si l'épisiotomie réalisée lors de l'accouchement était justifiée, chaque situation où celle-ci a été effectuée a été relevée.
Dans les cas où il n'y avait rien de précisée, l'épisiotomie a été considérée comme non justifiée.

B. Identification du/des opérateurs : (4)

Critère n°3 : nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie tracé dans le dossier :

Quand une seule personne est intervenue, la personne ayant effectuée l'accouchement est considérée comme celle ayant réalisée l'épisiotomie.
En revanche, si plusieurs personnes sont intervenues, le nom de l'opérateur ayant réalisé l'épisiotomie doit être précisé, sinon il est considéré comme absent.

Critère n°4 : nom du/des opérateur(s) ayant suturé l'épisiotomie tracé dans le dossier :

Quand une seule personne est intervenue, la personne ayant effectuée l'accouchement est considérée comme celle ayant suturée l'épisiotomie.
En revanche, si plusieurs personnes sont intervenues, le nom du/des opérateur(s) ayant suturé l'épisiotomie doit être précisé, sinon il est considéré comme absent.

C. **Méthode de réfection :** (4)

Critère n°5 : méthode de réfection précisée dans le dossier :

La méthode de réfection utilisée doit être précisée dans le dossier. Par exemple, « méthode 1fil/1noeud » ou « suture en trois plans ».
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°6 : méthode de réfection 1fil/1noeud utilisée :

La méthode de réfection selon la méthode 1fil/1noeud a été utilisée.

Critère n°7 : méthode de réfection en trois plans utilisée :

La méthode de réfection en trois plans a été utilisée.

D. **Compte rendu de la réfection :** (4)

Critère n°8 : types de fils utilisés précisés :

Les types de fils (exemple : Vicryl® rapide 2/0) utilisés pour la suture sont précisés dans le dossier.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°9 : TV/TR après réfection :

Un toucher vaginal et un toucher rectal ont été effectué après la suture.

Critère n°10 : si suture en 3 plans : nombre de plans précisés :
Cocher NA si la méthode 1 fil/1noeud a été utilisée.

En cas de suture en 3 plans, les différents plans (vaginal, musculaire, cutanée) sont précisés dans le dossier.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°11 : si suture en 3 plans : nombre de points précisés :
Cocher NA si la méthode 1 fil/1noeud a été utilisée.

En cas de suture en 3 plans, le nombre de points effectués pour chaque plan est précisé dans le dossier.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°12 : si suture en 3 plans : types de points précisés :
Cocher NA si la méthode 1 fil/1noeud a été utilisée.

En cas de suture en 3 plans, les types de points (points simples, points en X, blair donati...) sont précisés dans le dossier.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

E. Evaluation et prise en charge de la douleur au cours de la réfection :

Critère n°13 : évaluation de la douleur au cours de la réfection tracée dans le dossier : (48)

Une évaluation de la douleur au cours de la réfection est présente dans le dossier.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°14 : présence d'une anesthésie : (4)

Un anesthésie était présente au moment de la réfection, que ce soit locale, générale ou analgésie péridurale.
Dans le cas contraire, le critère est considéré comme absent.

Critère n°15 : présence d'une anesthésie locale : (4)

Une anesthésie locale a été effectuée pour la réfection.

Critère n°16 : présence d'une analgésie péridurale : (4)

La patiente bénéficiait d'une analgésie péridurale.

F. Evaluation et prise en charge de la douleur en suites de couche :

Critère n°17 : Evaluation de la douleur mesurée lors des examens quotidiens tracée dans le dossier : (48)

Une évaluation globale de la douleur a été mesurée lors des examens quotidiens. Si celle-ci est retrouvée un jour sur deux, le critère est considéré comme absent.

Critère n°18 : prescription d'antalgiques : (47)

Des antalgiques ont été prescrits durant le séjour.

Annexe III : Grille d'évaluation de l'AUDIPOG :

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	**Non**	**NA**[1]	
L'indication de l'épisiotomie est présente dans le dossier				
Le nom de la personne ayant réalisé l'épisiotomie est dans le dossier				
Le nom de la personne ayant suturé l'épisiotomie est dans le dossier				
Un compte-rendu de la réfection est présent dans le dossier				
L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier : - **au cours de la réfection** - **en suites de couches**				

[1] NA = Non Adapté

Résumé :

Introduction : L'épisiotomie est un acte fréquent en obstétrique. Une pratique restrictive de l'épisiotomie a été recommandée par les sociétés savantes en 2005.

Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la traçabilité des informations relatives à l'épisiotomie dans les dossiers médicaux et d'étudier l'amélioration de la conformité des pratiques entre les audits de 2005, 2007 et 2015.

Populations et méthode : Un audit clinique a été réalisé en 2015 après une sélection aléatoire de 100 dossiers obstétricaux parmi les femmes admises pour accoucher au sein d'une maternité de type III de la région Auvergne - Rhône-Alpes.

Résultats : La traçabilité des informations relatives à l'épisiotomie s'est améliorée de manière significative pour la traçabilité du nom de l'opérateur de l'épisiotomie (p=0,04), pour les méthodes d'anesthésie lors de la réfection (p=0,01) et plus globalement, pour les types de fils utilisés pour les sutures.

Discussion et conclusion : Des efforts restent à poursuivre concernant la traçabilité de la justification de l'épisiotomie, l'exhaustivité du compte rendu et l'évaluation de la douleur pendant et après l'épisiotomie.

Mots-clefs : épisiotomie, tenue du dossier, sécurité des soins.

Abstract :

Introduction : Episiotomy is a common act in obstetrics. A restrictive practice of episiotomy was recommended by learned societies in 2005.

Objectives : The objectives of this study were to evaluate the traceability of episiotomy informations in medical records and to study the improvement of the conformity of practices between the audits of 2005, 2007 and 2015.

Populations and method : A clinical audit was carried out in 2015 after randomly selecting 100 obstetric records among women admitted to give birth in a type III maternity within the Auvergne-Rhône-Alpes region.

Results : The traceability of episiotomy informations significantly improved for the traceability of episiotomy operator's name (p = 0,04), for the anesthesia methods during repair (p = 0,01) and more generally, for types of wines used to repair.

Discussion and conclusion: Efforts still need to be made about the traceability of the justification of episiotomy, the completeness of the report and the assessment of pain during and after episiotomy.

Keywords: episiotomy, record keeping, safety of care.

i

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie **A**
Niveau 2 (NP2) - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohorte	Présomption scientifique **B**
Niveau 3 (NP3) - Etudes cas-témoins Niveau 4 (NP4) - Etudes comparatives comportant des biais importants - Etudes rétrospectives - Séries de cas	Faible niveau de preuve **C**

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.