



HAL
open science

Épisiotomie : annonce et consentement

Diane Berthonneau

► **To cite this version:**

Diane Berthonneau. Épisiotomie : annonce et consentement. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01943763

HAL Id: dumas-01943763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943763>

Submitted on 18 Dec 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**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

EPISIOTOMIE : ANNONCE ET CONSENTEMENT

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BERTHONNEAU Diane

Sous la direction de Mme DUVIGNAU Verlaine, sage-femme

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

EPISIOTOMIE : ANNONCE ET CONSENTEMENT

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BERTHONNEAU Diane

Sous la direction de Mme DUVIGNAU Verlaine, sage-femme

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2018



REMERCIEMENTS

Mme Verlaine DUVIGNAU, sage-femme, directrice de mémoire, pour son aide et ses conseils avisés,

Mme Isabelle POUTIGNAT, coordinatrice sage-femme, pour sa réactivité et sa disponibilité,

Les sages-femmes ayant accepté de participer à mon mémoire, vous m'avez beaucoup apporté, autant sur le plan de l'étude que sur le plan personnel.

Mes grands-parents, pour leur gentillesse, leur bienveillance et leur générosité,

Ma maman, pour sa patience à toute épreuve et sa présence dans les moments de doute,

Mon papa, pour sa capacité à me tirer vers le haut et pour son soutien,

Marina, pour son oreille attentive et ses conseils précieux,

Victor et Gauthier, mes amours.

Agathe, Zoé, et Océane, sans qui tout ça n'aurait jamais pu commencer,

Lucile et Juliette, mes amies de toujours,

Mathilde, pour ton sourire constant,

Tifanie, le rayon de soleil des jours de pluie,

Alice, pour tous les moments partagés et tous ceux qui sont à venir,

Charly, pour son calme olympien et sa constance depuis trois ans.

GLOSSAIRE

ANESM: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements de santé et des services sociaux et médico-sociaux

CIANE: Collectif inter associatif autour de la naissance

CNGOF: Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNOM: Collège national de l'ordre des médecins

CNSF: Conseil national des sages-femmes

DPC: Développement professionnel continu

HAS: Haute autorité de santé

HCE: Haut conseil pour l'égalité

INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS: Organisation mondiale de la santé

PNP: Préparation à la naissance et à la parentalité

SOGC: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
I. CONSENTEMENT ET DROIT DE LA SANTE.....	2
a. Définition.....	2
b. Histoire du consentement	4
c. Place particulière du consentement en obstétrique.....	6
II. EPISIOTOMIE.....	7
a. Définition.....	7
b. Pratique technique de l'épisiotomie et réfection	7
c. Pratique libérale, restrictive et indications de l'épisiotomie	10
d. Histoire de l'épisiotomie	11
e. Données épidémiologiques.....	12
III. CONSENTEMENT ET EPISIOTOMIE.....	14
a. Un point sur la loi.....	14
b. Dynamique actuelle	16
c. Vécu des femmes.....	18
MATERIEL ET METHODES	21
I. SCHEMA D'ETUDE.....	21
a. Objectifs et type d'étude.....	21
b. Type d'étude	21
II. ECHANTILLON.....	21
a. Description de l'échantillon	21
b. Modalités de recrutement	21
III. RECUEIL DES DONNEES	22
a. Entretiens.....	22

b.	Grille d'entretien	22
IV.	MODE D'ANALYSE DES DONNEES	23
a.	Description de la méthode d'analyse des données	23
b.	Information et consentement	23
c.	Anonymat	23
	RESULTATS ET DISCUSSION.....	24
I.	L'EPISIOTOMIE : ASPECTS TECHNIQUES.....	24
a.	Rareté du geste dans les pratiques actuelles	24
b.	Indications d'épisiotomie	26
c.	Impact des aspects techniques sur le vécu de l'après épisiotomie	28
II.	COMMUNICATION AVEC LES PARTURIENTES	30
a.	L'épisiotomie : une appréhension chez les femmes	30
b.	Annonce et recherche de consentement : dans quels cas ?.....	34
c.	La peur du « non ».....	38
III.	FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE SUR L'ANNONCE ET LA RECHERCHE DE CONSENTEMENT.....	40
a.	Les relations entre sages-femmes et obstétriciens.....	40
b.	De l'importance d'avoir une indication.....	42
c.	Génération de sages-femmes	45
IV.	EPISIOTOMIE ET CONSENTEMENT : UN DEBAT DE SOCIETE	47
a.	Médiatisation	47
b.	Impact de la charge de travail et réduction des effectifs de personnel	49
V.	PROJET D'ACTION	50
	CONCLUSION	52
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la question de l'annonce et du consentement pour la réalisation d'une épisiotomie est au cœur du débat médiatique. Avec la multiplication des témoignages de femmes sur les réseaux sociaux et dans les médias, des mouvements se sont créés pour apporter de la lumière sur cette problématique.

L'épisiotomie et la recherche de consentement associée à celle-ci sont au cœur des préoccupations des femmes, des associations d'utilisateurs et des groupes féministes. Aujourd'hui, et depuis quelques années, la loi a fait de la recherche de consentement dans les soins médicaux une obligation qui incombe à tous les professionnels de santé.

Actuellement, les autorités savantes sont revenues sur la fréquence que devrait revêtir l'épisiotomie dans les pratiques des professionnels de l'obstétrique, après que l'épisiotomie ait été très largement plébiscitée dans les pratiques françaises dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

Malgré tout, ce geste demeure nécessaire dans certains cas, et il est toujours pratiqué par sages-femmes et obstétriciens.

Ainsi, à l'ère de la libération de la parole des femmes, comment les pratiques des sages-femmes peuvent répondre aux attentes des autorités savantes et à celles des femmes ? Comment les sages-femmes se positionnent-elles dans le contexte médiatique actuel autour de cette pratique ? Comment ces obligations concernant l'information et le consentement prennent-elles place en pratique quotidienne ? Est-ce que la recherche de consentement trouve facilement sa place dans ce moment si particulier qu'est la naissance d'un enfant ?

Cette étude cherche à étudier les pratiques des sages-femmes quant à l'annonce et à la recherche de consentement, à identifier les freins et les difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes dans leur pratique quotidienne, et à observer le positionnement des sages-femmes par rapport à la médiatisation du sujet et à la polémique qui entoure ce sujet sensible.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. CONSENTEMENT ET DROIT DE LA SANTE

a. Définition

Le consentement est défini dans le dictionnaire par « l'action de donner son accord à un projet ».(1)

Si l'on considère la définition du consentement au sens de la loi, il s'agit du fait de bien vouloir engager de sa personne. La loi fait la distinction entre le consentement manifesté de façon expresse, comme c'est le cas par exemple lorsqu'on demande à un patient de signer un document papier, et le consentement tacite. Celui-ci peut s'obtenir par la parole devant témoins, par un geste ... (2)

En médecine, la notion de consentement au décours d'un soin ne devient une obligation civile qu'à partir du 29 juillet 1994, date à laquelle fut établie la loi n°94-653 dans le Code Civil. Cette loi précise qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement. »

Le Conseil de l'Europe réaffirme cette position en 1997, avec la parution de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, puisque l'article 5 de cette convention stipule qu'« une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »

La loi n°94-653 du Code Civil précise également les limites à l'obligation de consentement, puisqu'elle précise que le consentement de la personne doit être recueilli « hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. » (3-5)

Cependant, cet article soulève aussi la question suivante : puisque le consentement devient superflu dans le cas où l'état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle le patient n'est pas à même de consentir, quels sont ces cas ?

On ne trouve pas de liste exhaustive de ces cas où le consentement deviendrait caduc. Ainsi, le CNOM tente d'apporter une forme de réponse en mettant en relation plusieurs articles de loi ; le conseil considère en effet plusieurs situations :

- Cas du patient inconscient ou incapable de manifester son consentement : il est de rigueur de s'entretenir avec la personne de confiance désignée par le patient ou avec ses proches s'il n'a pas désigné de personne de confiance, et chercher à en apprendre plus sur les opinions que le patient avait manifestées antérieurement à l'événement.
- Dans le cas où le patient inconscient ou incapable de manifester son consentement s'avère être blessé ou en péril, le médecin peut agir s'il considère que l'inaction serait préjudiciable en regard de l'article 223-6 du Code Pénal, qui stipule que « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance [...] qu'il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours » encourt cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Cet article définit les limites de la non-assistance à personne en danger qui peut donc permettre à un professionnel de santé de se passer du consentement de son patient. (6)

Enfin, le consentement de toute personne implique une autre notion, avec laquelle il est étroitement imbriqué : l'information de la personne sur son état de santé et les traitements lui étant proposés. Cette disposition légale est énoncée par l'article 5 de la convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, et aussi par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, appelée loi Kouchner, qui a posé un cadre autour de l'obligation et impose de donner aux patients une information claire, loyale et précise, sans laquelle un patient n'est pas en pleine possession des éléments pouvant influencer son consentement. (4,7)

Cette loi pose ainsi une forme de cadre autour de la manière même de poser un consentement : celui-ci ne peut être exigé d'un patient, et il ne peut être demandé au patient qu'au terme d'une conversation avec lui qui devra viser à lui donner les informations essentielles sur son état de santé.

D'après la HAS, cette information devrait être « pertinente et de qualité », elle n'est pas seulement une étape dans le parcours mais elle doit se faire au cours de tout ce parcours, et elle doit bien sûr tenir compte des besoins, des capacités du patient et du respect qui lui est dû.

Cette information s'articule autour des questions du patient, mais aussi sur son état de santé, sur sa maladie, sur l'évolution de celle-ci, sur les examens complémentaires, les soins et les traitements qui vont être proposés, avec leurs alternatives si elles existent, leurs objectifs, leur utilité, leurs conséquences, leurs inconvénients et les risques et complications qui peuvent en découler.

L'information se doit d'être conforme aux données acquises de la science, doit être loyale et précise.

Il est également capital de s'assurer de la compréhension du patient tout au long des explications. (8)

Malgré ces lignes de conduites édictées par la HAS, un article de 2007 fait état de la grande variabilité dans l'information que recevront des femmes relevant d'un service d'obstétrique dans une situation équivalente. Il précise déjà que l'information et son impact sur la femme sera différente en fonction de la nature et de l'orientation de celle-ci.

Il explique également que l'écho que l'information fera en chaque personne dépend de son interlocuteur (si celui-ci est convaincant ou pas, si il dégage quelque chose qui lui inspire confiance ou pas, ...) mais également du vécu personnel de la personne, de son expérience familiale et personnelle ... (9)

L'information aux patients est donc bien un dû et un indispensable, mais c'est également un domaine qui est potentiellement pourvoyeur d'incompréhension entre les patients et le corps médical, et surtout un domaine qui revêt une disparité très importante.

b. Histoire du consentement

La notion de consentement dans les soins médicaux est une notion fondamentale. Elle trouve ses racines dans des textes très anciens, bien que la notion de consentement, au sens qu'elle revêt aujourd'hui, soit relativement récente.

Depuis de nombreuses années, l'exercice de la médecine est soumis à code moral, que l'on peut comparer aux bases de l'éthique telle que nous la définissons de nos jours.

Une des notions les plus anciennes relative à la pratique d'activité de soins date de 410 avant Jésus-Christ. Il s'agit du « Primum non nocere » retrouvé dans les écrits d'Hippocrate, que l'on peut traduire par « d'abord, ne pas nuire ». (10)

Hippocrate est encore aujourd'hui considéré comme le père de la médecine, tant sa vision de la médecine a révolutionné la science médicale dans la Grèce Antique. Il est également connu pour avoir posé les bases de la déontologie médicale. (11)

Actuellement encore, le serment d'Hippocrate revêt une valeur toute particulière pour les médecins, puisque leur exercice se doit de suivre les lignes de conduite dictées par ce serment.

Il est particulièrement intéressant de se rendre compte qu'au sein même d'un texte vieux de presque 2500 ans on retrouve déjà des notions relatives au consentement du patient : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté », mais également des notions relatives à l'information du patient : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences ». (12)

A l'heure actuelle, de nombreux articles de loi sont venus étayer les fondements posés par ce serment. C'est ainsi que la notion de consentement fera son apparition dans la loi française pour la première fois en 1994, date à laquelle fut établie la loi n°94-653 dans le Code Civil (précédemment citée). (3)

La loi Kouchner (précédemment citée) vient renforcer la législation en 2002 en incluant la notion capitale de l'information au patient, comme nous l'avons déjà détaillé. (7)

Aujourd'hui, ces deux notions de consentement et d'information sont conjointement retrouvées dans de nombreux textes :

- La charte du patient hospitalisé, au titre IV, stipule qu' « aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir ». (13)

- L'article R.4127-306 du Code de la Santé Publique statue que « La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. » (14)

- D'après l'article 35 du Code de Déontologie Médicale, « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (15)

- Enfin, l'article 36 du Code de Déontologie Médicale précise que «le consentement de la personne examinée ou soignée doit être à rechercher dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. » (16)

Les obligations concernant l'information et le consentement sont également au centre des préoccupations de la HAS. Ces deux obligations s'inscrivent dans leurs recommandations et également dans les recommandations pour la pratique clinique de 2003. (8,17)

c. Place particulière du consentement en obstétrique

Malgré toutes ces dispositions légales concernant le consentement, plusieurs écrits font état du fait que le consentement n'est pas systématiquement demandé et respecté, et ce tout particulièrement dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique

Le consentement se doit d'être obtenu dans toutes les branches de la médecine, quel que soit l'endroit et le contexte. Cependant, quand on s'attarde sur les spécialités comme la gynécologie et l'obstétrique, on comprend bien que cet enjeu est d'autant plus important que ces deux spécialités médicales touchent à l'intimité physique des femmes. De plus, en gynéco-obstétrique, les praticiens ont également vocation à protéger les femmes dans leur vie privée et personnelle, notamment en ce qui concerne le dépistage de situations de détresse sociale, de violences conjugales, d'agressions sexuelles Il y a donc également une intrusion du professionnel de santé dans l'intimité émotionnelle des femmes, ce qui nécessite que les soignants procèdent avec beaucoup de tact, de douceur et de discernement. (18)

L'obstétrique est également une spécialité médicale à part car elle s'intéresse à des personnes qui sont en bonne santé pour la plupart : la grossesse n'est pas une maladie, ce qui fait que les professionnels de santé de l'obstétrique ont vocation à s'occuper de femmes qui vont pouvoir aller parfaitement bien pendant tout la grossesse et pendant ses suites.

Cela se distingue de toutes les autres spécialités médicales pour lesquelles on va consulter pour traiter un symptôme, une pathologie, un problème, une blessure ...

Malgré tout, le consentement reste une obligation, et pour certains auteurs, l'information et le consentement doivent être intégrés aux soins et la relation qui se crée entre une femme, un couple et un soignant, ils ne devraient pas être perçus par les soignants comme un moyen de protection vis-à-vis de la loi. Dans un article de 2012, il est estimé qu'un consentement (même écrit) qui serait recueilli à la suite d'une démarche d'information de mauvaise qualité ne serait pas recevable d'un point de vue éthique, et qu'il serait également discutable dans son poids juridique. (19)

Le 5 janvier 2018, et ce pour la première fois dans la profession, une sage-femme a reçu un blâme pour défaut d'information par rapport à l'épisiotomie à la suite d'une plainte déposée par une femme dont elle s'était occupée pendant son accouchement. Cette sanction a été édictée par la chambre disciplinaire ordinale de première instance du secteur V, après que la sage-femme concernée ait reconnu, lors de la conciliation, ne jamais informer les femmes de la réalisation d'une épisiotomie en amont du geste.

Ainsi, même dans le domaine de l'obstétrique, l'information des personnes reste un dû sur lequel l'impasse ne peut être faite, sous peine de sanctions. (20)

II. EPISIOTOMIE

a. Définition

L'épisiotomie désigne la section, par un opérateur entraîné et habilité comme un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme, de la peau, de la muqueuse vaginale et d'une partie des muscles superficiels du périnée pour faciliter l'expulsion de la présentation fœtale. (21)

b. Pratique technique de l'épisiotomie et réfection

i. Réalisation d'une épisiotomie

Il existe plusieurs techniques pour réaliser une épisiotomie. Cependant, certaines règles sont communes à ces techniques.

Premièrement, l'épisiotomie se doit d'être réalisée dans conditions d'hygiène suffisantes. L'accoucheur doit veiller à l'asepsie de ses mains et de son matériel : il convient d'utiliser des gants stériles, enfilés après une désinfection chirurgicale des mains. Le périnée sera désinfecté à l'aide de compresses stériles et d'un antiseptique.

Il est également important de veiller à obtenir une analgésie suffisante avant de

réaliser l'épisiotomie. Cette analgésie peut être obtenue par le biais de l'anesthésie péridurale, de la rachianesthésie, de l'anesthésie par bloc pudendal, ou encore par une anesthésie locale. (22)

Enfin, l'épisiotomie doit être réalisée sur périnée amplifié, c'est-à-dire sur un périnée distendu par la déflexion de la présentation fœtale autour de la symphyse pubienne. Cette ampliation est notamment caractérisée par une augmentation de la distance ano-vulvaire. (23)

En France, comme stipulé dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, la plus pratiquée est l'épisiotomie médio-latérale, qui correspond à une section à 45° de la verticale à partir de la fourchette vulvaire, sur six centimètres de long. Elle est classiquement réalisée à droite, la majorité des opérateurs étant droitiers. (22)

On retrouve dans la littérature des techniques autre que l'épisiotomie médio-latérale :

- L'épisiotomie médiane : la section se fait depuis la fourchette vulvaire vers l'anus sur quatre centimètres. Elle a peu à peu été délaissée car elle est très pourvoyeuse de déchirures de haut degré. (24)
- L'épisiotomie latérale, à 90° par rapport à la verticale, abandonnée car elle est souvent assortie de complications, notamment par section du canal excréteur de la glande de Bartholin voire de la glande de Bartholin elle-même
- Les épisiotomies bilatérales ainsi que les épisiotomies à multiples incisions radiées ont été complètement abandonnées, car elles étaient extrêmement mutilantes pour le périnée. (25)

ii. Réfection de l'épisiotomie

En ce qui concerne la réfection de l'épisiotomie, les recommandations sont claires : l'hygiène et l'asepsie doivent être très rigoureuses. L'opérateur se doit notamment de porter des gants stériles, le matériel de suture utilisé doit être stérile, et la suture ne doit être entreprise qu'après une désinfection soignée de la plaie.

Le fil utilisé sera volontiers résorbable, car le fil résorbable engendre des douleurs moindres chez les femmes. Dans un article de 1989, Grant décrit une étude qui a visé à comparer deux populations de parturientes ayant eu une épisiotomie. Les plans profonds étaient systématiquement suturés à l'aide de fil résorbables, et la peau était suturée soit

avec du fil résorbable, soit avec des fils non-résorbables en nylon ou en soie. En prenant l'exemple de la comparaison avec des fils non-résorbables en nylon, les femmes dont la peau avait été suturée avec du fil résorbable avait significativement moins de douleurs en post-partum (OR : 0,72 ; IC : 0,57-0,92). (26)

Le fil résorbable présente également l'avantage de ne pas devoir être enlevé à distance de l'acte, simplifiant donc les soins locaux à réaliser à la suite d'une épisiotomie.

Il existe deux grandes techniques de suture pour l'épisiotomie : la technique en trois plans, avec des points séparés, et la technique du « un fil un nœud » réalisée avec un surjet.

La technique en trois plans consiste en la réalisation d'un surjet continu au niveau de la muqueuse, puis de points séparés sur le muscle et enfin de points séparés sur la peau.

La technique du « un fil un nœud » est à privilégier car elle réduit le risque de survenue d'une déhiscence. Elle est également source de moins de douleurs en post-partum que la technique de suture en trois plans. En effet, plusieurs études ont été menées à ce sujet ; c'est le cas notamment des études d'Isager-Sally qui datent de 1986, et de celle de Kettle en 2002. Dans ces deux études, les auteurs ont retrouvé des douleurs significativement moins élevées chez les femmes dont l'épisiotomie avait été suturée à l'aide d'un surjet. La série d'Isager-Sally s'est intéressée à un échantillon de 530 femmes séparées en deux groupes : le groupe « surjet continu » et le groupe « points séparés ». Il était constaté une diminution des douleurs dans le groupe « surjet continu » (OR : 35, IC 0,22-0,56). De la même façon dans la série de Kettle, 1542 femmes ont été réparties entre le groupe « surjet continu » et le groupe « points séparés », et les femmes du groupe « surjet continu » ont moins souffert que les autres (OR : 0,47, IC 0,35-0,61). (22,25,27)

La technique « un fil un nœud » est constituée d'une suture des différents plans à l'aide d'un surjet continu, ininterrompu à chaque changement de plan.

On attaquera le surjet au niveau du point d'angle de l'épisiotomie au fond du vagin. A partir de ce premier point, un surjet continu sera réalisé en direction de l'orifice vulvaire.

A hauteur de la jonction cutané-muqueuse, l'aiguille sera plongée dans le muscle avant de reprendre le surjet afin de ne pas induire de décalage entre les différents plans anatomiques.

Le muscle sera donc suturé en suivant la plaie, en direction du bord distal de l'épisiotomie.

En arrivant au niveau du point d'angle cutané, le surjet sera repris après que le fil

ait été passé une première fois dans le plan sous-cutané. Ce plan sera suturé jusqu'à la fourchette, à partir de laquelle sera réalisé un surjet intra-dermique jusqu'à fermeture complète de la peau au niveau du bord distal. Arrivée au niveau de bord distal, l'aiguille sera enfoncée profondément dans le plan sous-cutané, et le fil sera ensuite abandonné à la distance de la cicatrice, sans nœud. (27)

c. Pratique libérale, restrictive et indications de l'épisiotomie

Dans la littérature médicale, la pratique libérale de l'épisiotomie désigne une façon de faire dans laquelle l'épisiotomie est largement pratiquée, par opposition à la pratique restrictive dans laquelle on limite le plus possible ce geste. (28)

D'après le CNGOF, la pratique de l'épisiotomie permet de réduire le risque de survenue de déchirures au niveau du périnée antérieur, sans permettre par contre de réduire la survenue des déchirures périnéales de haut degré (qui surviennent au niveau du périnée postérieure puisque c'est l'atteinte éventuelle du sphincter externe de l'anus et de la muqueuse anale qui détermine le grade de la lésion).

Il n'a pas pu être prouvé que l'épisiotomie a une influence positive sur la survenue d'incontinence urinaire ni anale. Les recommandations du CNGOF font état du fait que l'épisiotomie expose plus au risque d'incontinence anale dans les trois premiers mois du post-partum.

Les données actuelles ne permettent pas de statuer sur le lien entre épisiotomie et troubles de la statique pelvienne.

On comprend donc, au vu des informations communiquées par le CNGOF, qu'il ne reste pas grand-chose des bénéfiques que l'on a prêtés à l'épisiotomie, malgré les études qui avaient été menées à ce sujet. Citons à titre d'exemple une étude de 2001 dans laquelle les auteurs arrivaient à la conclusion que l'épisiotomie médio-latérale constituait un facteur protecteur vis-à-vis des atteintes de l'appareil sphinctérien anal (OR: 0.21, 9 ; IC : 0.20-0.23). (29)

En ce qui concerne les indications de l'épisiotomie, les recommandations en vigueur sont celles du CNGOF qui datent de 2005. Elles listent des situations obstétricales pour lesquelles, historiquement, l'épisiotomie était plébiscitée, et stipulent que plus

aucune de ces situations n'est une indication stricte et formelle à la pratique de l'épisiotomie.

Ces restrictions d'usage de l'épisiotomie s'appliquent aux situations suivantes :

- l'accouchement de la primipare
- la suspicion de macrosomie
- le recours aux manœuvres obstétricales de dégagement
- l'accouchement par voie basse instrumentale
- les variétés à fort potentiel dystocique comme la variété de présentation postérieure, la présentation de la face, la présentation du siège
- l'accouchement gémellaire
- l'antécédent de lésions périnéales du troisième ou du quatrième degré
- le tracé de rythme cardiaque fœtal « non rassurant » pendant l'expulsion
- la naissance d'enfants de faible poids (comprenant les enfants prématurés et les retards de croissance in utero)
- l'impression pendant l'expulsion que le périnée est sur le point de se rompre.

Malgré tout, les recommandations du CNGOF précisent que pour toutes ces indications, l'accoucheur peut pratiquer l'épisiotomie si son expertise clinique lui fait penser qu'elle est judicieuse. (22)

En France, l'accoucheur désigne soit une sage-femme, soit un obstétricien. Il est intéressant de considérer les différences de pratiques entre ces deux professions. D'après une étude de 2005, les sages-femmes réalisent des épisiotomies moins profondes (45mm contre 55mm chez les obstétriciens, moins longues (40mm contre 45mm) et plus proche de la verticale (20° de la verticale chez les sages-femmes contre 27° chez les gynécologues-obstétriciens). (25,28,30)

d. Histoire de l'épisiotomie

La première trace d'épisiotomie dans la littérature date de 1742, dans un livre nommé « A Treatise of Midwifery », dans lequel Fielding Ould décrit pour la première fois la section d'un périnée lors d'une expulsion fœtale.

Il faudra attendre 1852 pour que l'épisiotomie soit citée dans la littérature médicale nord-américaine, où la première épisiotomie fut réalisée dans un contexte de pré-éclampsie. On parle alors déjà d'épisiotomie médio-latérale.

Durant tout le XXème siècle, l'épisiotomie se généralise en Europe et en Amérique du Nord, jusqu'à aboutir à la pratique libérale de l'épisiotomie dans la

deuxième moitié du XXème siècle. En effet, à cette période, l'épisiotomie était quasiment systématique (notamment pour les primipares et les situations obstétricales à fort potentiel dystocique). (28)

Il faut attendre les années 1980 pour voir apparaître des articles scientifiques incriminant la pratique systématique de l'épisiotomie. Le premier rapport notable à ce propos fut publié en 1983 par Thacker et Banta, il fait état du manque de preuves quant à l'efficacité de l'épisiotomie sur la prévention des déchirures de haut degré. Au moment de la publication de cet article, l'épisiotomie concernait 60% des accouchements aux Etats-Unis, et elle était fréquemment mise en cause dans des décès de mères au décours du travail obstétrical. En se basant sur ces deux arguments, ce rapport commence donc à remettre en question la pratique systématique de l'épisiotomie. (31)

Un article de 1992 permet de retrouver les résultats d'une étude randomisée dans trois hôpitaux universitaires de Montréal, visant à comparer un groupe « pratique libérale de l'épisiotomie » et un groupe « pratique restrictive de l'épisiotomie ». Il en ressort que 31% des multipares du groupe « pratique restrictive » avaient un périnée intact contre 19% des multipares du groupe « pratique libérale ». (OR = 1,85) (24)

Dans un article de 1995, Wolley arrive à la conclusion que les risques inhérents à l'épisiotomie sont supérieurs à ses bénéfices : il considère que le fait d'éviter de pratiquer l'épisiotomie constitue un facteur protecteur vis-à-vis des hémorragies du post-partum. (32)

Un court article publié en 1999 par le Lancet adresse ses félicitations à Mardsen Wagner, un épidémiologiste nord-américain qui associe pour la première fois l'épisiotomie à une mutilation génitale féminine, preuve du changement de mentalité concernant l'épisiotomie. (33)

e. Données épidémiologiques

Le CNGOF, dans ses recommandations de 2005, préconise en France un taux d'épisiotomies de moins de 30%, quand l'OMS aimerait voir chuter ce taux en-dessous des 10%, notamment au vu des risques sanitaires, en particulier relatifs au VIH. (34)

Si l'on compare à un niveau international, la France a un taux d'épisiotomie relativement élevé par rapport à d'autres pays ayant un niveau médical équivalent. Par exemple sur les années 2009 et 2010, l'Angleterre affiche un taux de 8% d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse non instrumentale, le Danemark atteint les 4,9% d'épisiotomies pour l'année 2010, et la Suède compte un taux de 6,6% d'épisiotomies.

Ceci étant, certains pays d'un niveau médical équivalent affichent des taux bien supérieurs aux taux français : citons par exemple, pour l'année 2010, la Belgique, qui dans certaines régions affiche jusqu'à 54% d'épisiotomies, le Luxembourg qui en compte 36,1% et le Portugal qui atteint un taux de 72,9% ! (35)

En 2010, dans un rapport publié par l'INSERM, on compte 44,4% d'épisiotomie chez les primipares et 14,3% chez les multipares, soit 28,5% d'épisiotomie sur l'ensemble des accouchements voie basse, ce qui est conforme aux recommandations de 2005.

D'après le CIANE, le taux global d'épisiotomie serait de 36% entre 2010 et 2013, dont 47% d'épisiotomie chez les primipares et 16% pour les multipares.

Il est surtout important de noter que ces chiffres font suite à un changement de mentalité quant à la pratique de l'épisiotomie visant à la réduction globale. Cette diminution du nombre d'actes est très parlante, puisque les chiffres de l'INSERM pour l'année 1998 amènent à 71,3% le taux de l'épisiotomie chez les primipares et à 36,2% ce même taux chez les multipares, ce qui correspond alors à un taux global de 53,8% d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse. (36,37)

Ces chiffres apportent des informations au niveau national, mais il est important de prendre en compte les disparités qui existent entre les différents centres et régions. En effet, d'après les chiffres collectés par le CIANE, les taux d'épisiotomie communiqués par les établissements s'étalent de 7% à 30%. (37)

Il n'existe pas d'obligation pour les établissements de santé de rendre public leurs chiffres autour de l'épisiotomie ; on peut donc se demander si les établissements qui rendent leurs taux publics ne sont pas seulement ceux qui ont des résultats conformes aux recommandations.

Dans un hôpital de l'Est de la France, les membres du pôle d'obstétrique ont mené une étude visant à comparer leurs taux d'épisiotomie avant et après la parution des recommandations du CNGOF de 2005. Ainsi, cette maternité a réussi à passer d'un taux de 18,8% d'épisiotomie en 2003 à un taux de 3,4% en 2007, puis à un taux de 1,3% en 2010, ce qui est un des taux les plus bas de France ! (38,39)

A titre de comparaison, en 2011, dans la plus grande maternité d'Auvergne, le taux d'épisiotomie était de 16,9%, ce qui reste bien en-dessous du seuil recommandé, et aussi bien en dessous de la moyenne nationale de 45% en 2010. (40)

Il est également important de noter que la nature du travail et de l'accouchement ont une influence sur l'épisiotomie. En effet, de nombreux facteurs entrent en compte quand on considère la réalisation de l'épisiotomie à posteriori.

Bien entendu, et comme le montre le rapport de l'INSERM, la parité est un critère très important. En effet, les primipares sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une épisiotomie lors de l'accouchement que les multipares, même pour un accouchement non instrumental.

De même, l'accouchement par voie basse instrumentale crée un facteur de risque supplémentaire quant à la réalisation de l'épisiotomie, sachant que ce risque est majoré pour l'utilisation de forceps par rapport à l'utilisation d'une ventouse. Il est également intéressant de noter que l'analgésie péridurale est associée à un nombre plus fréquent d'épisiotomies, sachant que cette donnée est à mettre en relation avec la fréquence augmentée des extractions fœtales chez les parturientes bénéficiant de cette analgésie.

(22)

III. CONSENTEMENT ET EPISIOTOMIE

a. Un point sur la loi

Rappelons la liste des situations qui, d'après le CNGOF, ne justifient pas la réalisation systématique d'une épisiotomie :

- l'accouchement de la primipare
- la suspicion de macrosomie
- le recours aux manœuvres obstétricales de dégagement
- l'accouchement par voie basse instrumentale
- les variétés à fort potentiel dystocique comme la variété de présentation postérieure, la présentation de la face, la présentation du siège
- l'accouchement gémellaire
- l'antécédent de lésions périnéales du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré
- le tracé de rythme cardiaque fœtal « non rassurant » pendant l'expulsion
- la naissance d'enfants de faible poids (comprenant les enfants prématurés et les retards de croissance in utero)
- l'impression pendant l'expulsion que le périnée est sur le point de se rompre.

Parmi cette liste, portons notre attention sur le recours aux manœuvres de dégagement, la naissance d'enfants de faible poids et le tracé de rythme cardiaque fœtal

non rassurant pendant l'expulsion. (22)

Ces trois situations particulières sont, parmi celles citées dans la liste du CNGOF, celles dont le degré d'urgence est le plus élevé :

- En ce qui concerne les manœuvres de dégagement, on sait qu'elles doivent être effectuées rapidement du fait du haut risque d'hypoxie pour le fœtus qui reste coincé dans les voies génitales lors d'un dégagement par le siège ou d'une dystocie des épaules par exemple. On estime en effet que le pH sanguin fœtal diminuerait de 0,2 unités toutes les cinq minutes. (41)
- Les enfants de faible poids (fœtus de petit poids pour l'âge gestationnel, retards de croissance intra-utérin et prématurés) sont également des fœtus plus fragiles que les autres, dans la mesure où ils vivent dans un état d'hypoxie faible mais constant avant l'entrée en travail du fait de leur petit poids, qu'ils vont probablement puiser dans leurs réserves pendant le travail et que donc on pourra observer des anomalies de rythme cardiaque fœtal évocatrices d'hypoxie intra-utérine majeure, ce qui peut justifier pour le clinicien le besoin d'avoir une expulsion qui soit rapide et efficace. (42)
- Enfin, pour ce qui est du tracé de rythme cardiaque fœtal non rassurant pendant l'expulsion, on sait qu'il oriente les efforts expulsifs dans leur durée (on tolérera un temps moindre d'efforts expulsifs pour un fœtus dont le rythme cardiaque est franchement altéré par rapport à un fœtus qui présente une bonne tolérance aux efforts de poussée). (43)

On comprend donc que sur un plan obstétrical, ces trois situations sont celles qui peuvent le plus rapidement représenter une urgence vitale pour le fœtus.

Comme expliqué précédemment, l'article 16-3 du Code Civil stipule qu' « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. ».

De ce fait, on comprend bien que les situations cliniques dont il est question ici, bien qu'elles représentent un risque pour la santé du fœtus à naître et qu'elles pourraient justifier une atteinte à l'intégrité du corps de la mère dans l'intérêt thérapeutique du fœtus, ne permettent pas d'échapper au recueil du consentement de la mère dans les cas où celle-

ci est en mesure de le donner. (44)

Ainsi, devant une situation clinique telle qu'exposée précédemment, si le clinicien estime qu'il est judicieux de pratiquer une épisiotomie, il est tenu de recueillir le consentement de la femme.

A propos de l'information et du consentement dans le cas particulier de l'épisiotomie, les recommandations du CNGOF stipulent qu'il faut insister sur l'information délivrée à la parturiente conformément aux recommandations de la HAS parues en 2005 (qui est également l'année de parution des recommandations sur l'épisiotomie). Aujourd'hui, les recommandations de l'HAS en vigueur concernant l'information due au patient sur son état de santé sont celles de mai 2012. Ceci étant, les recommandations du CNGOF concernant l'épisiotomie n'ont pas été révisées depuis 2005, donc les professionnels sont censés se fier aux anciennes recommandations de la HAS pour connaître la marche à suivre concernant l'annonce et le consentement pour l'épisiotomie. (22)

Les recommandations de la HAS de 2005 reprennent le fond de la loi Kouchner, qui, pour rappel, stipule que « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Le texte des recommandations de la HAS de 2005 précise lui que « l'information fait partie intégrante de la relation de soin. Cette information, le plus souvent orale au cours de la prise en charge, permet à la personne de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé et d'éclairer son consentement ». (7,45)

Ainsi, même si les recommandations du CNGOF ne parlent pas explicitement du consentement, elles renvoient à un document qui lui précise l'importance de la recherche de consentement dans le cadre de l'épisiotomie.

b. Dynamique actuelle

A l'heure actuelle, de plus en plus de femmes prennent la parole pour dénoncer les manquements au consentement et à l'information : on peut trouver de nombreux témoignages d'usagères du service de santé illustrant ce propos sur des blogs recueillant des propos de parturientes. (CF annexe I)

Certains soignant ont eux aussi décidé de prendre position quant au sujet du consentement et de l'information dus aux femmes. Ainsi, dans le livre « Mon guide gynéco » écrit par Agnès Leydig, sage-femme et le Dr Teddy Linet, gynécologue-obstétricien, qui est principalement destiné aux usagères du service de santé, on peut lire que « durant une consultation gynécologique classique, si vous n'avez aucun symptôme particulier, il est possible qu'il n'y ait même pas besoin de se déshabiller. [...] Si toutefois un examen est nécessaire, un praticien bienveillant vous en expliquera la raison et vous demandera si vous consentez à le réaliser. » ; « Dans tous les cas, le toucher vaginal devrait être fait avec votre accord préalable ... » (46)

Nous pouvons également citer le Dr Marc Zaffran, connu pour avoir publié de nombreux ouvrages en rapport avec la médecine sous le pseudonyme de Martin Winckler. Sur son blog et dans ses livres, il prend régulièrement position dans les domaines de l'obstétrique et de la gynécologie. Dans son dernier livre, il écrit : « du point de vue éthique, déontologique et légal, il n'est pas permis à un médecin de pratiquer une épisiotomie sur une patiente qui la refuse [...]. Une femme qui a subi une épisiotomie sans l'avoir autorisée est en droit de porter plainte. » (47)

Cette dénonciation des mauvais traitements subis par les femmes au décours de certains soins dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique s'inscrit dans un concept récent et très médiatisé : les violences obstétricales.

D'après le CIANE, le terme de « violence obstétricale » revêt plusieurs aspects : « atteinte à la dignité, défaut d'information, absence de prise en compte de la douleur, etc... » (48)

Le champ des violences obstétricales est notamment un combat phare de nombreux groupes féministes, c'est également un thème qui commence à trouver sa place dans la littérature médicale, puisqu'on trouve de plus en plus d'articles qui traitent de ce sujet.

En 2002, un article paru dans le Lancet met pour la première fois en lumière les violences commises par les soignants à l'encontre des femmes dans les domaines de l'obstétrique et de l'orthogénie. Il décrit des violences de plusieurs types, comme la négligence, les violences physiques mais aussi psychologiques et sexuelles. Cet article fait également état du caractère récurrent et souvent délibéré de ces actes, et rapporte également que ces actes sont parfois liés à des discriminations. (49)

Autre exemple, dans un article de 2013 traitant d'une étude menée sur des femmes au Danemark, les auteurs arrivaient à la conclusion que les actes de violence dans les soins médicaux (quelle qu'en soit leur nature) avaient des répercussions profondes sur la vie reproductive des femmes, en interférant notamment dans leur sexualité, leur désir d'enfants et sur leurs appréhensions par rapport à l'accouchement. Cette étude est intéressante parce qu'elle a également pu démontrer que les femmes arrivaient à trouver des moyens de passer au-dessus de leur vécu, moyens dans lesquels les professionnels de santé avaient un réel rôle à jouer. (50)

Une autre étude, parue en 2011, a consisté, cette fois, à interroger des professionnels de santé travaillant dans un service de gynécologie-obstétrique sur leur ressenti par rapport aux maltraitances des femmes. Les auteurs ont ensuite classé leurs réactions en plusieurs catégories. Ainsi, on se rend compte que certains professionnels se sentent très concernés par la question, ils appartiennent à la catégorie qui va agir sur le moment, d'autres se sentent concernés sans agir mais en compatissant intérieurement avec les femmes et certains ne se sentent pas concernés par cette problématique, c'est la catégorie de dissociation, pour qui le mot maltraitance est utilisé à tort et pour qui les actes pouvant être perçus comme de la maltraitance sont simplement des gestes qui leur sont routiniers, auxquels ils n'accordent donc pas une importance démesurée. (51)

En 2014, l'OMS décide également de prendre position dans la lutte contre les maltraitances envers les femmes dans le cadre des soins en obstétrique. Le rapport publié à cette occasion rapporte que ces maltraitances ont un effet délétère sur la santé des femmes et des nouveau-nés. L'OMS précise également que ces maltraitances, bien qu'elles concernent toutes les femmes qui auront un jour besoin de soins dans le domaine de l'obstétrique, sont fréquemment associées à des discriminations, notamment en regard de l'âge des femmes, de leur statut marital, de leur statut socio-économique et politique, de leur origine ethnique ou encore de leurs statuts sérologiques vis-à-vis de certaines maladies.

L'OMS précise également que la maltraitance des femmes dans le cadre de soins médicaux s'apparente à une violation de leurs droits civils fondamentaux. (52)

c. Vécu des femmes

Le CIANE publiait en 2013 un rapport très complet sur l'épisiotomie en France après avoir suivi une cohorte de près de 10 000 accouchements.

Il ressort de ce rapport plusieurs notions intéressantes pour notre étude.

Déjà, on y apprend que le consentement pour l'épisiotomie n'est demandé que dans 15% des cas. En revanche, on constate aussi une disparité en fonction du recueil de consentement selon la parité de la parturiente : le consentement est recherché chez 23% des multipares contre seulement 13% des primipares.

Il n'est pas rapporté de raison évidente à cette disparité. Cependant, on sait également que la primiparité constitue un facteur de risque plus important de recours à une extraction instrumentale (30% d'accouchement par voie basse instrumentale chez la primipare contre 7% chez la multipare), et également que les extractions instrumentales sont associées à un plus fort taux d'épisiotomie que l'accouchement par voie basse spontanée (69% d'épisiotomie sur un accouchement instrumental). On peut donc se demander si le consentement n'est pas plus « difficile » à demander aux femmes lors d'une situation complexe qui nécessite l'intervention de plusieurs opérateurs ...

Il ressort également qu'à posteriori, 73% des femmes affirment qu'elles auraient accepté l'épisiotomie si on leur avait demandé leur consentement, déclinés en 77% de consentement chez les primipares et 65% chez les multipares.

Depuis 2010, les femmes considèrent être mieux informées qu'auparavant en ce qui concerne l'épisiotomie : en effet, 56% d'entre elles estiment avoir reçu suffisamment d'informations à ce sujet, contre 33% avant 2005. En revanche, en 2010, 29% disent encore n'avoir reçu aucune information quant à cette pratique, et 12% considèrent avoir été informées mais de façon insuffisante.

Il est intéressant de faire le lien avec les chiffres qui suivent : chez les femmes ayant eu une épisiotomie, 25% estiment n'avoir reçu aucune information et 21% estiment en avoir reçu trop peu, contre 53% de femmes qui estiment avoir été bien informée. Il ressort donc globalement que les femmes ayant eu une épisiotomie lors de leur accouchement se sont senties, à posteriori, moins bien informées que la moyenne.

En ce qui concerne les souffrances induites par l'épisiotomie, elles sont retrouvées chez 75% des femmes, sachant que parmi ces femmes 10% disent avoir souffert plus de 10 mois.

Un autre aspect très intéressant concerne le lien entre la souffrance perçue dans les suites de l'épisiotomie et le consentement ou son absence par rapport à celle-ci.

Dans le groupe des femmes qui ont eu une épisiotomie sans que leur consentement soit recueilli, 78% disent avoir souffert, contre 65% qui ont souffert dans le groupe de celles qui ont eu une épisiotomie à laquelle elles avaient consenti. Les raisons pouvant expliquer ces chiffres n'ont pas été explorées, mais le CIANE évoque plusieurs pistes (les femmes se sentiraient peut-être mieux entourées par une équipe qui prend en compte leur avis sur un geste, le geste serait probablement mieux accepté si on y a consenti que si on l'a « subi »...)

Enfin, le rapport du CIANE met également en lumière un point particulier : il semblerait que les femmes ayant passé tout ou partie de leur travail dans un espace physiologique (ou un espace apparenté type maison de naissance par exemple) sont moins susceptibles que les autres d'avoir une épisiotomie. Cette différence est particulièrement flagrante sur les primipares puisqu'elles seront 31% à avoir une épisiotomie dans un espace physiologique contre 47% dans une salle d'accouchement classique. Ces chiffres sont d'autant plus intéressants que les taux d'épisiotomie pratiqués dans les salles de naissance « classiques » des établissements qui ont montré ces chiffres sont comparables aux taux d'épisiotomie nationaux. (37)

Au vue de toutes ces données, il semble judicieux de se confronter aux pratiques des sages-femmes françaises quant à l'information, à l'annonce et à la recherche de consentement lorsqu'elles réalisent une épisiotomie. On peut se poser les questions suivantes : comment ces obligations concernant l'information et le consentement prennent-elles place en pratique quotidienne ? Est-ce que la recherche de consentement trouve facilement sa place dans ce moment si particulier qu'est la naissance d'un enfant ? Quels sont les freins et les difficultés auxquels les sages-femmes peuvent être confrontées pour respecter ces obligations ? Comment les sages-femmes se positionnent-elles au sein de la médiatisation actuelle de l'épisiotomie et du consentement ?

MATERIEL ET METHODES

I. SCHEMA D'ETUDE

a. Objectifs et type d'étude

i. Objectif principal

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les pratiques des sages-femmes sur l'annonce et la recherche de consentement concernant la réalisation d'une épisiotomie.

ii. Objectifs secondaires

Plusieurs objectifs secondaires ont été retenus :

- Identifier les freins et difficultés que rencontrent les sages-femmes en pratique quotidienne en ce qui concerne l'annonce et le consentement pour l'épisiotomie.
- Etudier le positionnement des sages-femmes sur le consentement pour la réalisation de l'épisiotomie au sein de la médiatisation actuelle du sujet.

b. Type d'étude

Il s'agit d'une recherche observationnelle descriptive monocentrique. Elle a été menée dans un centre hospitalier de type 3 de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

II. ECHANTILLON

a. Description de l'échantillon

L'échantillon est constitué de dix sages-femmes volontaires, exerçant régulièrement en salle de naissance dans un centre hospitalier de type 3 de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

b. Modalités de recrutement

Pour être recrutés, les participants devaient pouvoir justifier d'un exercice régulier en salle de naissance dans le centre hospitalier de type 3 concerné par l'étude.

Le recrutement s'est fait par le biais de courriels. Un courriel destiné à l'ensemble des sages-femmes exerçant en salle de naissance a été adressé à la coordinatrice de la salle de naissance qui l'a ensuite fait suivre aux sages-femmes. Les sages-femmes volontaires pour la réalisation d'entretiens devaient alors contacter le chercheur afin de convenir d'un rendez-vous.

Au sein du centre hospitalier, une deuxième vague de recrutement a été initiée en allant directement à la rencontre des sages-femmes dans les services. La majorité des sages-femmes a été recrutée de cette façon.

III. RECUEIL DES DONNEES

a. Entretiens

Pour le recueil de données, des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés avec les sages-femmes.

Il était laissé aux sages-femmes le choix de la méthode qui leur convenait le mieux pour l'entretien : un entretien physique au sein de l'hôpital, un entretien téléphonique ou un entretien mené par l'intermédiaire d'une plateforme de visioconférence type Skype.

Toute cette étude repose sur des entretiens physiques qui ont été menés dans les locaux du centre hospitalier.

Certains entretiens ont été menés sur le temps de travail des sages-femmes. Malgré cet aspect, il semblait primordial que ces entretiens aient lieu dans un lieu calme, clos, sans autre personne que la sage-femme et le chercheur. Dans la majorité, cette condition a été respectée (il faut exclure deux entretiens pendant lesquels les téléphones des services où travaillaient les sages-femmes ce jour-là ont sonné plusieurs fois pendant les entretiens).

Les entretiens ont été menés entre octobre 2017 et février 2018.

b. Grille d'entretien

En amont de la réalisation des entretiens, une grille d'entretien a été réalisée. Une ébauche a été révisée par la directrice de mémoire.

La seconde version de cette grille a ensuite été approuvée par la directrice de mémoire, puis elle a été remise au chef de pôle et à la coordonnatrice sage-femme pour validation.

Dans l'optique de mettre à l'épreuve la grille d'entretien avant le début de l'étude, celle-ci a été testée sur une étudiante sage-femme de cinquième année volontaire pour participer. Cette vérification a permis de tester la compréhension des questions, et également de vérifier que les données obtenues semblaient cohérentes pour répondre aux objectifs.

Au fur et à mesure des entretiens, cette grille a été affinée, certaines questions ont été reformulées dans un souci de clarté. D'autres questions ont été ajoutées sur la base de données qui revenaient de manière régulière dans les entretiens des premiers participants.

IV. MODE D'ANALYSE DES DONNEES

a. Description de la méthode d'analyse des données

Il était convenu, avant le commencement de l'étude, que la valeur des résultats était en grande partie représentée par la spontanéité des réponses. Dans le souci de préserver cette spontanéité, il a été décidé que les données seraient plus exploitables si elles étaient récupérées dans le cadre d'entretiens. Les résultats ont été obtenus à la suite des retranscriptions des enregistrements réalisés pendant les entretiens. Ces résultats ont été analysés de manière qualitative.

Le contenu des trames des retranscriptions a d'abord été analysé de manière individuelle, entretien par entretien, de façon horizontale. Dans un second temps, les contenus des différents entretiens ont été confrontés dans une analyse verticale.

Enfin, au sein des résultats obtenus, une part revient à l'analyse du langage des participants (notamment au niveau de la verbalisation de l'acte au moment de sa réalisation).

Avant la réalisation des entretiens, il avait été prévu de réaliser une seconde analyse portée sur le langage non-verbal des participants (posture, expressions du visage, « adjuvants » du discours type rires, soupirs ...). Ce projet n'a finalement pas abouti, dans la mesure où il était trop compliqué de préserver la neutralité du jugement lors de cette analyse.

b. Information et consentement

Une lettre d'information a été remise à chaque participant en amont de l'entretien (cf Annexe III).

Avec le consentement oral des participants, les entretiens ont été enregistrés.

c. Anonymat

Les entretiens ont été retranscrits en respectant le couvert de l'anonymat, et un numéro a été attribué à chaque participant afin de pouvoir annoter les citations tirées de ces enregistrements.

RESULTATS ET DISCUSSION

I. L'ÉPISIOTOMIE : ASPECTS TECHNIQUES

a. Rareté du geste dans les pratiques actuelles

Globalement, les sages-femmes interrogées lors de l'étude disent faire peu d'épisiotomie. Ces données semblent cohérentes avec le taux d'épisiotomie recensé pour l'hôpital concerné par l'étude, qui était de 19,3% en 2016. (53)

« Sur une année, je pense qu'il m'est arrivé de pas en faire quoi, zéro. » - Sage-femme A

« On s'est amusées à compter avec les filles, l'année dernière j'en ai fait deux ! » - Sage-femme F

En effet, cet hôpital est doté d'une équipe de sages-femmes plutôt jeunes, et ces sages-femmes ont donc été formées à l'ère de la pratique restrictive de l'épisiotomie.

Il est à noter qu'une des sages-femmes interrogées n'avait pas le même discours que ses collègues vis-à-vis de la fréquence du geste dans sa pratique personnelle. Sa réponse est d'un intérêt bien particulier car elle apporte une explication à cette différence, dans la mesure où elle explique être d'une génération de sages-femmes qui diffère de celle de ses collègues, et qu'elle a donc appris son métier à un moment donné de l'obstétrique où les recommandations étaient différentes de celles que l'on connaît aujourd'hui.

« J'en fais régulièrement, je sais pas combien ça représente mais assez régulièrement. [...] Enfin rien que pour l'épiso, quand j'ai commencé il fallait faire des épiso à toutes les primipares, à toutes les gémellaires ... » - Sage-femme C

Comme expliqué précédemment, la pratique de l'épisiotomie en France a été très largement plébiscitée pendant les années 80 et 90, avant la parution de certaines publications qui ont concouru à faire beaucoup diminuer les taux au début des années 2000.

D'après l'enquête périnatale menée par l'INSERM, en 2016, l'épisiotomie a concerné 22,35% des femmes ayant accouché par voie basse. Pour comparaison, en 2010, 29,6 % des parturientes ayant accouché par les voies naturelles avaient eu une épisiotomie. (54)

Il ressort également de la littérature que les taux d'épisiotomies augmentent de toute façon conjointement avec le taux d'extractions instrumentales.

Dans certains pays, notamment dans les pays scandinaves tel que la Norvège, les sages-femmes sont habilitées à réaliser des gestes techniques comme l'extraction instrumentale par ventouse. En France, les compétences de la sage-femme sont claires et définies, puisque leur champ d'exercice se limite à la physiologie et au dépistage de la pathologie. (55)

Ainsi, l'usage d'une technique d'extraction ne s'inscrit pas dans les prérogatives des sages-femmes françaises dans la mesure où ces techniques sont indiquées dans des cas de situation sortant de la physiologie au décours de l'accouchement, comme la non-progression de la présentation fœtale ou les anomalies de rythme cardiaque fœtal lors de l'expulsion, par exemple.

Il est à noter qu'en 2003, le CNSF a lancé une étude visant à recueillir l'avis des sages-femmes quant à l'intégration de la ventouse dans leurs compétences. Les sages-femmes, dans leur grande majorité, se sont opposées à ce projet, ce qui démontre de leur attachement aux limites physiologiques de leur profession. (56)

En France, il y a donc une vraie binarité entre les pratiques des sages-femmes et celles des obstétriciens, les cas pathologiques restant du domaine de ces derniers, ce qui explique la moindre fréquence de l'épisiotomie dans les pratiques des sages-femmes.

Malgré tout, le faible recours à ce geste dans la pratique soulève aussi la question du recul que les sages-femmes peuvent avoir sur leurs pratiques. Il leur a été demandé, au cours des entretiens, de dresser des généralités sur leurs façons de faire et leurs façons d'être dans le contexte de la réalisation de l'épisiotomie, et plusieurs sages-femmes ont souligné la difficulté de dresser un portrait de leurs pratiques dans ces situations.

« Ça fait tellement longtemps que j'ai pas fait d'épisiotomie qu'à vrai dire je me souviens pas vraiment de la dernière ! » - Sage-femme D

« Ben là j'ai un trou parce que vraiment j'en fais pas beaucoup, y en a une à qui je m'en rappelle j'en avais fait une parce que le rythme était catastrophique, c'était une patiente sans péri, je m'en rappelle très bien. J'arrive plus à me rappeler si je lui ai dit ou pas que j'allais faire une épisiotomie au moment où je l'ai fait, je me revois attendre devant elle, je lui ai peut-être dit « je vais faire une épisiotomie pour aider le bébé à sortir » mais j'ai un doute. » - Sage-femme H

b. Indications d'épisiotomie

La question des indications retenues par les sages-femmes pour l'épisiotomie n'a pas été posée au cours des entretiens. Cependant, les sages-femmes y sont venues d'elles-mêmes dans leurs réponses, notamment en réponse à la question « Y-a-t-il un profil particulier de parturientes auxquelles vous allez parler de l'épisiotomie pendant le travail ? ».

L'objectif de cette question était de savoir si, éventuellement, certaines informations du dossier obstétrical interpellent les sages-femmes au point de leur faire aborder la question de l'épisiotomie en amont des efforts expulsifs.

Il est ressorti de cette question qu'en effet, certains éléments médicaux avaient un rôle à jouer dans la pratique des sages-femmes en salles de naissance.

Ainsi, les sages-femmes en sont venues à aborder les indications qu'elles posaient pour la réalisation d'une épisiotomie.

Pour rappel, les recommandations pour la pratique clinique sont celles du CNGOF, qui stipulent que les indications de l'épisiotomie sont celles évoquées devant le cas de la femme sur « la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ». (22)

Les sages-femmes interrogées déclinent globalement les indications en deux catégories distinctes :

- Les indications pour motif périnéal, c'est-à-dire les indications visant à la protection du périnée contre une déchirure de haut grade (grade trois ou quatre correspondant à un périnée dit « complet »)
- Les indications pour motif fœtal, qui elles correspondent à des mesures prises pour accélérer la naissance devant des signes indications d'asphyxie fœtale.

Les indications périnéales regroupent plusieurs exemples d'après les sages-femmes interrogées.

Par exemple, les sages-femmes vont globalement être plus méfiantes vis-à-vis d'un périnée de primipare.

« Ça dépend de la situation, mais classiquement la primi, je vais lui en toucher deux mots ... » - Sage-femme J

Bien que la primiparité ne signifie pas nécessairement « épisiotomie » dans les pratiques telles que nous les concevons en France, il peut sembler légitime de délivrer une information particulière à ces femmes, puisqu'elles ont toujours été plus susceptibles que les autres de bénéficier d'une épisiotomie.

En effet, d'après l'Inserm, en 2016, 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par les voies naturelles avaient eu une épisiotomie, contre 71,3% des primipares et 36,2% des multipares en 1998. (54)

Les sages-femmes interrogées ont également parlé de la peau de leurs parturientes, puisqu'en effet certaines sages-femmes se méfient des périnées des femmes ayant une peau très claire, dans la mesure où ce type de peau particulier est réputé pour être plus fragile.

« C'est vrai que les périnées de rousse ... Je garde les ciseaux pas loin quand même. » - Sage-femme D

Là encore, la littérature semble appuyer ce point de vue. En effet, dans un article de Venditelli et Gallot, il est retrouvé que les femmes noires sont deux fois plus susceptibles d'avoir un périnée intact à la suite de l'accouchement par voie basse que les femmes blanches. Cet article cite une autre étude, dans laquelle le fait d'être une femme noire constitue un facteur protecteur vis-à-vis de la survenue d'une déchirure périnéale de haut grade. (57)

Un autre point ressort dans les entretiens : les anomalies de rythme cardiaque fœtal à l'expulsion.

« Ouais non c'est plutôt sur le moment, et la raison qui nous motive à faire l'épisiotomie. Souvent une anomalie du rythme cardiaque fœtal, enfin quand c'est moi qui la fait en tout cas. » - Sage-femme H

En effet, pour quelques-unes des sages-femmes interrogées, il peut s'agir d'une indication à la réalisation de l'épisiotomie. Ce point est intéressant, car dans la plupart des cas, les anomalies de rythme ne seront pas nécessairement prévisibles à l'entrée en travail de la parturiente. Ainsi, pour les femmes qui vont avoir une épisiotomie au motif de la suspicion d'une asphyxie fœtale perpartum, une information quant à l'épisiotomie n'aura pas forcément été faite en amont par la sage-femme. Se pose alors la question de la place du consentement dans cette situation : celui-ci doit être recherché à la suite d'une information claire, loyale et appropriée fournie au patient. (58)

Ainsi, lorsque l'épisiotomie est réalisée dans ce contexte d'urgence et d'imprévisibilité, dans quelle mesure peut-on estimer que l'information qui aura été fournie dans un laps de temps plutôt court est suffisante à pouvoir recueillir un consentement éclairé ?

c. Impact des aspects techniques sur le vécu de l'après épisiotomie

Lors des entretiens, il a été proposé aux sages-femmes de comparer deux cas : on considère deux parturientes qui vont accoucher par voie basse non-instrumentale avec épisiotomie, une aura consenti à l'épisiotomie après que la question lui ait été posée, l'autre aura eu une épisiotomie qui lui aura été annoncée après la naissance de son enfant. La question est alors de savoir, de l'avis des sages-femmes, si ces femmes sont susceptibles d'avoir un vécu de leur épisiotomie différent, si des différences vont pouvoir être constatées dans la douleur dans le post-partum, la cicatrisation de leur épisiotomie, et dans la constitution du lien mère-enfant.

Globalement, les sages-femmes s'accordent à dire que l'annonce et la recherche de consentement vont avoir un rôle à jouer dans le vécu de l'épisiotomie au niveau psychologique, et elles s'accordent également sur le fait que le psychologique est un déterminant dans la santé physique.

« Sur la qualité de la suture je sais pas, comment elle va cicatriser ça je sais pas mais sur le vécu, je pense que oui forcément ça doit être mieux vécu quand c'est annoncé avant. Oui forcément. » - Sage-femme B

Néanmoins, pour ce qui est des aspects plus cartésiens comme la douleur et la cicatrisation de l'épisiotomie, les sages-femmes interrogées s'accordent à dire que c'est l'aspect technique qui va prédominer, avec notamment la prise en charge médicamenteuse de la douleur dans le post-partum et la technique employée pour la réparation de l'épisiotomie.

« Certainement, ça peut avoir un rôle, peut-être bien que oui. On sait bien que dans d'autres situations qui ne sont pas l'épisiotomie, quand il y a pas une bonne information ou quoi, ça entraîne des complications après quoi. Par exemple pour une prise en charge de bébé qui va pas bien ... [...] Après je pense que la part du consentement de l'explication tout ça est peut-être moins importante que la technique, sur la douleur, je pense, quand même. Mais ça doit bien avoir un impact. » - Sage-femme J

Il est à noter qu'une des sages-femmes interrogées ne fait pas de différence entre le fait de demander un consentement en amont et le fait de délivrer une information à posteriori en ce qui concerne les paramètres étudiés dans la question.

« Alors le demander et pas le demander, je pense que c'est la différence c'est surtout expliquer après. Si on prend le temps de bien leur expliquer [...], je pense qu'il peut pas y avoir de différence. Je pense que c'est plus dans l'explication du soin après, que le fait d'avoir eu l'accord de la patiente. » - Sage-femme C

En dehors de ces avis sur lesquels les sages-femmes s'accordent, d'autres ont en revanche une opinion assez différente.

En effet, une des sages-femmes estime elle que l'annonce et le consentement doivent avoir un impact sur le vécu, la cicatrisation et la douleur.

« Comme beaucoup de choses, comme tout l'accouchement et tout, quand on explique les choses aux femmes enfin même aux maris hein, aux gens, je pense que c'est beaucoup mieux vécu que quand on leur dit rien. [...] Pour moi, il y a pas que l'aspect technique. » - Sage-femme I

Les réponses apportées par les sages-femmes à cette question sont très intéressantes, car elles ne correspondent pas nécessairement aux résultats de l'enquête du CIANE sur l'épisiotomie. Dans le rapport paru à la suite de cette enquête, il est estimé que les parturientes ayant eu une épisiotomie à laquelle elles ont consenti ont été moins nombreuses à souffrir que celles qui ont eu une épisiotomie à laquelle elles n'ont pas consenti, ces parts correspondant respectivement à 65% et 78%. Le CIANE explore une piste à ce sujet en estimant que les équipes dans lesquelles une attention particulière est portée au consentement seraient également plus attentives aux suites de l'épisiotomie et donc éventuellement à la prise en charge de la douleur en résultant dans le post-partum. (37)

Une étude de 2011 portant sur la survenue d'un épisode de stress post-traumatique post-accouchement a permis d'estimer que les facteurs obstétricaux tels que l'épisiotomie n'étaient pas des facteurs prédictifs pour le développement de stress post-traumatique chez les parturientes. Cependant, les auteurs émettaient l'hypothèse que ces facteurs obstétricaux pouvaient, dans certains contextes, devenir des éléments moteurs de la survenue d'un épisode de stress post-traumatique. Ils citent le vécu de l'accouchement comme élément de contexte pouvant rendre le geste d'une épisiotomie traumatique sur un plan psychologique. Ainsi, il semble important de considérer le vécu des parturientes vis-à-vis de l'épisiotomie, au-delà de l'aspect technique de celle-ci.

Cette étude permet également de mettre en lumière le lien entre la survenue d'un état de stress post-traumatique chez une femme et la relation qu'elle va pouvoir créer avec son enfant. En effet, ces deux facteurs sont intimement liés, et certains états de stress post-traumatiques vont même pouvoir être évoqués et diagnostiqués devant un lien mère-enfant perturbé.

Il faut cependant garder en tête que les états de stress post-traumatiques sont une complication psychologique extrêmement rare de l'accouchement, puisque les auteurs estiment qu'ils ne vont concerner que 1,9 à 5,6% des accouchées dans les quatre à huit semaines après leur accouchement. (59)

Malgré tout, l'aspect technique revêt un caractère important dans la douleur et la cicatrisation de l'épisiotomie. En effet, les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF stipulent que l'épisiotomie devrait être suturée par un surjet continu car cette technique de suture apporte une meilleure satisfaction chez les femmes avec des douleurs moins importantes que dans la technique de suture par points séparés. Le fil employé pour la suture a lui aussi un rôle à jouer puisqu'il est expliqué que le fil résorbable est moins pourvoyeur de douleurs que le non-résorbable.

Ainsi, pour ce qui est du vécu, de la douleur et de la cicatrisation d'une épisiotomie, les données de littérature corroborent l'avis global des sages-femmes interrogées puisqu'elles s'accordent à dire que le vécu et le psychologique vont avoir un rôle à jouer dans l'après épisiotomie, tout comme les éléments techniques tels que la suture et les fils employés. (22)

II. COMMUNICATION AVEC LES PARTURIENTES

a. L'épisiotomie : une appréhension chez les femmes

Lors des entretiens, il a été demandé aux sages-femmes si elles parlaient d'épisiotomie avec leurs parturientes pendant leur travail. L'objectif de cette question était de déterminer si les sages-femmes délivraient une information aux femmes qui aurait pu s'inscrire dans l'information claire, loyale et appropriée qui est due aux patients dans l'optique de recueillir un consentement. (58)

Il ressort de cette question un constat global qui est que les femmes redoutent l'épisiotomie. En effet, les sages-femmes interrogées disent ne pas avoir besoin d'aborder le sujet dans la mesure où bien souvent, lorsqu'elles prennent en charge une femme en travail et qu'elles lui demandent si elle a des souhaits relatifs à son accouchement, l'épisiotomie est un des points majeurs du discours des femmes.

« C'est quelque chose qui vient régulièrement sur la table mais plus du point de vue de la patiente, parce que moi je leur demande généralement si elles ont prévu des choses à l'accouchement ou pas, que ce soit concernant la position ou la poussée. Et généralement, elles parlent de l'épisio, et c'est à ce moment-là qu'on arrive à en parler un peu. » - Sage-femme H

Ceci étant, pour d'autres sages-femmes, aborder la question de l'épisiotomie au cours du travail fait partie de leur prise en charge.

« J'essaye de parler aux femmes de ce qui peut arriver, donc de l'épisio comme de la césarienne, comme de tout ce qui peut arriver, les extractions, tout ça. J'essaye à un moment donné souvent d'en parler. » - Sage-femme I

Une des sages-femmes interrogées apporte une réponse singulière à cette question, puisqu'elle explique que l'épisiotomie occupe une place vraiment minimale dans sa pratique personnelle, à tel point que parler d'épisiotomie ne lui vient même pas en tête lorsqu'elle prend en charge une femme en début de travail et qu'elle va avoir à lui expliquer le déroulement de celui-ci.

« En général, je vais avoir tendance à pas du tout en parler, enfin c'est pas un truc auquel je pense. C'est elles qui vont m'en parler, les femmes vont m'en parler. [...] Si elles m'en parlent pas j'en parle pas parce que ça me vient même pas à l'idée. » - Sage-femme A

Il apparaît, dans ces témoignages, que l'épisiotomie est un sujet au cœur des préoccupations des parturientes, et également que les sages-femmes sont bien conscientes des angoisses des femmes à ce sujet.

« Je trouve que c'est quand même assez souvent une appréhension de leur part, comme peut l'être la pose de la péri, la grande grande aiguille ... Ben l'épisiotomie c'est pareil, c'est une grande appréhension ! Elles ont des copines ou des mamans qui en ont eu et qui ont peut-être eu après des difficultés ... » - Sage-femme J

Par ailleurs, il a également été posé aux sages-femmes la question de savoir si, lors de l'annonce de l'épisiotomie, elles employaient le mot « épisiotomie » ou si elles avaient recours à des tournures de phrase évitant d'employer ce terme.

Là encore, les pratiques diffèrent en fonction des sages-femmes. Certaines vont avoir recours au mot, sans chercher d'artifices, seulement pour annoncer la réalité des choses telle qu'elle est.

« Oui, je pense que je le dis, oui. Si elles prennent bien les choses je le dis. Oui si je le dis, « on va faire une épisiotomie ». Je leur dis. » - Sage-femme J

Pour d'autres sages-femmes, au moment de l'annonce de l'épisiotomie, le mot « épisiotomie » va être évité. Il apparaît que les motivations derrière l'évitement du mot dans le discours tenu à la femme sont totalement différentes d'une sage-femme à l'autre.

Par exemple, pour une des sages-femmes interrogées, le fait d'éviter de dire ce mot permet d'en utiliser d'autres qui sont plus clairs pour la femme qui n'a aucun lien avec le corps médical, il s'agit d'une volonté du soignant de se rendre accessible à la femme avec laquelle elle travaille.

« J'utilise rarement des termes très médicaux, j'essaye tout le temps ... Enfin bon bien sûr y a des termes médicaux mais j'essaye toujours d'avoir un dialogue qui est à la portée de tout le monde. C'est pas que j'utilise pas le mot « épisiotomie » parce que c'est un mot choquant pour moi ou pour elle, mais plutôt parce que j'estime que « couper », sur le moment, aux prises avec les efforts expulsifs, ça doit mieux leur parler. » - Sage-femme C

Pour d'autres sages-femmes, l'objectif, en usant de phrases pour contourner le mot épisiotomie, est d'amener la femme à comprendre et à prononcer le mot elle-même, dans le but de le lui faire accepter.

« Je me dis que si ça vient d'elle, enfin d'elle ... Si le mot vient d'elle ce sera peut-être mieux vécu que si c'est moi qui lui dis. » - Sage-femme B

Enfin pour certaines, le fait d'éviter le mot « épisiotomie » revient à chercher une forme d'asepsie dans le langage, le but étant d'éviter de générer une angoisse chez la parturiente.

« Je prononce pas toujours le mot « épisiotomie », j'avoue, parce qu'il y a des fois des femmes qui sont hyper angoissées et que on se dit « si on dit le mot épisiotomie, oh la la », elle va serrer les cuisses et là ... » - Sage-femme I

A ce compte-là, on peut se poser la question de savoir quelles informations sont transmises aux femmes enceintes à ce sujet.

Aujourd'hui en France, le suivi d'une femme enceinte comprend, si elle le souhaite, huit séances de PNP.

Les séances de PNP sont organisées par les sages-femmes, et peuvent se faire en groupe comme en individuel. D'après la HAS, un des axes de la PNP est d'encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. (60)

De ce fait, il paraît logique que la PNP puisse aborder la question de l'épisiotomie, puisque celle-ci semble être une des préoccupations des futures mères.

En effet, dans un article retraçant l'histoire de la PNP, il est expliqué qu'aux débuts de celle-ci, un de ses objectifs était de diminuer la peur de l'inconnu, notamment en fournissant aux femmes enceintes des informations théoriques sur l'accouchement. Cette méthode, qui a marqué le début de la PNP, montrait des résultats tellement encourageants que les séances de PNP ont fini par être prises en charge par la sécurité sociale ! (61)

Ainsi, il ne semble pas déraisonnable de penser qu'une femme ayant suivi des cours de PNP adaptés puisse arriver à l'accouchement plus sereine par rapport au déroulement global des événements qui vont se passer en salle de naissance, ces événements pouvant éventuellement comprendre l'épisiotomie.

Ceci étant, une des sages-femmes interrogées s'est exprimée à propos de la PNP. Elle estime en effet que selon le type de préparation dont ont pu bénéficier les femmes, elles auront reçu des informations qui ne correspondraient pas à la réalité des pratiques des sages-femmes hospitalières.

« Après c'est selon comment les choses sont présentées. Et surtout comment c'est présenté aussi en prépa à l'accouchement. Parce que celles qui font beaucoup de mal c'est les intégristes de l'eutonie, de la déchirure, de « j'accouche sur le côté », de « je masse mon périnée », et en fait ça, ça va dans le sens des violences obstétricales, y a une volonté de pas dire aux femmes la vérité sur ce qui peut se passer. Dans ce contexte, tout qui est médical devient une violence. » - Sage-femme F

A ce sujet, le rapport du CIANE de 2013 a comparé les informations reçues sur l'épisiotomie par les femmes avant et après 2005. Il a été constaté que les femmes s'estiment mieux informées depuis 2005. Malgré cela, 12% des femmes interrogées ont estimé que les informations reçues avaient été insuffisantes, et 29% disent n'avoir reçu aucune information au sujet de l'épisiotomie. Il est également intéressant que si les femmes ont eu une épisiotomie, elles sont alors trois fois plus nombreuses à estimer que les informations qu'elles ont reçues étaient insuffisantes. Le CIANE apporte une justification à ce chiffre, en estimant que c'est le fait pour ces femmes de se retrouver confrontées aux réalités pratiques de l'épisiotomie qui leur fait soulever des questions auxquelles elles n'avaient pas nécessairement pensé en amont. (37)

A une plus grande échelle, une étude menée sur les apports de la préparation à la naissance sur la peur des futures parturientes en Turquie permet de montrer l'effet positif de cette préparation sur la peur. Cette étude met également en lumière la confiance en elles-mêmes qui est instillée chez les femmes lors des séances, ce résultat étant à corrélérer avec la diminution des peurs ressenties. (62)

Dans une autre étude visant à comparer les soins prénataux (y compris la préparation à la naissance) entre l'Australie et la Suède, il apparaît que ces deux pays ont des pratiques qui présentent à la fois des atouts et des inconvénients. En effet, les australiennes s'estiment plus satisfaites que les suédoises de leur préparation à la naissance, mais il apparaît que celle-ci est inégale sur le territoire australien. Les suédoises s'estimaient moins bien informées sur le travail et l'accouchement, mais étaient plus satisfaites que les australiennes quant à l'implication du père dans le processus. (63)

Il apparaît, à la lueur de ces études et des témoignages des sages-femmes, que la préparation à la naissance est un domaine à améliorer dans la prise en charge des femmes enceintes dans le monde, et il semble logique que la PNP telle qu'elle est faite en France puisse elle aussi peut-être présenter des lacunes.

b. Annonce et recherche de consentement : dans quels cas ?

Au cours des entretiens, il a été demandé aux sages-femmes leur façon de faire concernant l'annonce et la recherche de consentement. Afin de faire la différence entre les deux, il a été considéré que l'annonce correspondait à l'énoncer des faits au moyen d'une phrase déclarative, alors que le consentement revenait à poser une question, et donc avoir recours à la forme d'une phrase interrogative.

La majorité des sages-femmes interrogées disent annoncer l'épisiotomie, au moyen d'une phrase qui présente les faits, sans nécessairement chercher un accord.

« Je commence à amener les choses « ben voilà, votre périnée il semble bloquer, on va voir un peu ce que ça donne », puis petit à petit je dis « ben voilà, on va devoir faire une épisiotomie ». Je crois pas leur demander, c'est vrai, « oui ou non » quoi. » - Sage-femme B

Pour rappel, les recommandations du CNGOF de 2005 stipulent que l'information à propos de l'épisiotomie est due aux femmes conformément aux recommandations de la HAS de 2005, sachant que ces recommandations s'appuient sur les bases de la loi Kouchner, en précisant que « l'information fait partie intégrante de la relation de soin. Cette information [...] permet à la personne de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé et d'éclairer son consentement ».

Ainsi, les recommandations du CNGOF renvoient à des documents qui réitèrent quant à l'obligation légale de recueil de consentement dans le cadre de la réalisation d'une épisiotomie. (7,22,45)

Dans le cadre d'un accouchement physiologique, les recommandations pour l'accouchement normal de la HAS parues en 2018 peuvent également être appliquées. Elles stipulent notamment que les femmes enceintes doivent recevoir une information « sur toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé ». Ainsi, l'épisiotomie s'inscrit au titre d'intervention médicale, et doit faire l'objet d'un recueil du consentement de la parturiente. (64)

Dans la lignée de ces informations, il est important de souligner que certaines des sages-femmes interrogées disent demander systématiquement le consentement avant la réalisation de l'épisiotomie.

« Et ça fait depuis quelques mois, je leur demande leur consentement. [...] Je leur dis qu'il faut faire, je vois si elles sont d'accord. » - Sage-femme E

Le rapport du CIANE à propos de l'épisiotomie paru en 2013 s'achève sur une série de demandes de la part des femmes concernant la pratique de l'épisiotomie en France. Il demande notamment à ce que le consentement soit systématiquement demandé aux femmes pour cet acte. D'après une étude menée par ce collectif entre 2013 et 2016, 89% des femmes ayant eu une épisiotomie au moment de l'accouchement n'ont pas pu donner leur consentement car on ne le leur a pas demandé. (37,65)

On se rend compte, avec ce témoignage, que certaines sages-femmes agissent en accord avec les demandes des usagères. Malgré tout, il est intéressant de noter que dans certains cas où l'épisiotomie est annoncée au moyen d'une phrase déclarative, les parturientes vont exprimer leur accord spontanément.

« Je leur dis. [...] C'est pas vraiment interrogatif, enfin comme je disais souvent elles répondent « oui d'accord, allez-y », mais je crois que moi je pose pas une question. » - Sage-femme J

Malgré tout, les sages-femmes admettent que leurs pratiques autour du consentement et de la délivrance d'une information vont varier en fonction de la femme qu'elles vont avoir en face d'elles.

En effet, certaines sages-femmes admettent que souvent, si elles n'ont pas eu l'occasion de parler de l'épisiotomie avec leur parturiente pendant le travail, elles auront des difficultés à la lui annoncer au moment de sa réalisation.

« Enfin surtout celles avec qui on en a parlé avant, si on est amenée à faire une épisio, je leur dis, au moment où on va la faire, voire même j'ai doute sur le fait, celles avec qui j'en ai pas parlé, je le dis ou pas, je sais pas, mais généralement le dire au moins aux dames avec qui j'en ai parlé avant. » - Sage-femme H

Pour cette sage-femme en particulier, il est intéressant de noter que parler systématiquement de l'épisiotomie aux femmes pendant le travail ne fait pas partie de sa pratique, puisqu'elle estime que le faire de manière systématique est une forme de nuisance envers la femme, dans la mesure où l'épisiotomie reste peu fréquente dans les pratiques des sages-femmes.

« Et pendant le travail, enfin après moi je ne suis pas partisane pour informer de toutes les complications, moi je pense que ça peut plus nuire à la femme de lui dire « eh ben vous risquez d'avoir une césarienne, vous risquez d'avoir une hémorragie, vous risquez d'avoir ci d'avoir ça ... » voilà. » - Sage-femme H

A ce niveau, les pratiques des sages-femmes sont assez discordantes, comme vu précédemment. Mais ces différences de pratiques soulèvent des questionnements. En effet, les sages-femmes interrogées considèrent dans leur majorité que si la parturiente a spontanément parlé d'épisiotomie, l'annonce revêt un caractère important dans le but d'être bienveillant avec la parturiente. Dans le même temps, ces mêmes sages-femmes considèrent que si la femme n'en a pas parlé, faire l'épisiotomie sans la lui annoncer en amont peut faire partie de leurs façons de faire. Il y a donc une ambivalence entre le souhait d'être bienveillant dans l'annonce à priori, le fait de ne pas vouloir être malveillant en inquiétant « inutilement » la femme pendant le travail en lui parlant d'épisiotomie et les comportements rapportés au moment de l'annonce de l'épisiotomie.

Dans cette idée de bienveillance envers les femmes, il est important de souligner les stratégies de contournement du mot « épisiotomie » lors de l'annonce. Comme expliqué précédemment, les sages-femmes ont parfois recours à des métaphores pour éviter de prononcer le mot dans une volonté de ne pas générer de stress ou de peur chez les femmes.

Une des sages-femmes interrogées explique elle aussi éviter le mot « épisiotomie » lors de l'annonce dans la même optique, mais elle explique qu'elle redoute la peur de l'épisiotomie chez les femmes car elle s'identifie aux femmes qu'elle accompagne.

« Ben je pense que c'est parce que c'est une barrière pour moi quoi, je me sens pas à l'aise de lui dire que je vais lui mettre un coup de ciseaux, que je vais lui faire une épisiotomie. C'est moi qui me projette sur les peurs de la dame en fait, je me dis « mais elle risque de paniquer ». [...] C'est peut-être pour ça aussi que je le fais pas, parce que je suis pas à l'aise avec l'acte quoi. Je pense que c'est parce que je me mets à la place de la dame et que je me dis « ça me ferait peur », et je prends le parti de pas leur dire. [...] J'arrive pas à leur dire « je vais vous faire une épisiotomie », ça j'y arrive pas. » - Sage-femme A

Dans cet extrait, il apparaît clairement la tendance de la sage-femme à s'identifier à sa parturiente. En psychologie, l'identification à une tierce personne pour comprendre ce qu'elle vit, pour voir les choses de son point de vue s'appelle l'empathie. (66)

Cette sage-femme n'est pas la seule à décrire l'empathie dont elle fait preuve envers les femmes dont elle s'occupe, puisque d'autres sages-femmes interrogées ont notamment admis que le fait d'être une femme permettait de s'identifier aux parturientes et donc de faire preuve d'empathie dans leur façon de faire avec elles.

« En plus on est des femmes, on sait ce que c'est, ou en tout cas on va peut-être le savoir un jour ... » - Sage-femme G

« Je pense que j'aimerais pas si c'était moi, et puis du coup, c'est pas souvent le cas mais j'aimerais pas découvrir après que ça a été fait, je pense que c'est assez désagréable. Oui je pense que c'est important de le dire avant. » - Sage-femme B

Dans un article de 2015 portant notamment sur l'influence de l'empathie des soignants envers les patients, il a été retrouvé que l'empathie dans la relation soignant-soigné est bénéfique en terme de santé pour le patient, qu'elle permet une meilleure adhésion aux soins et qu'elle leur apporte une plus grande satisfaction et qu'elle est liée à une diminution des plaintes éventuelles du patient envers son soignant. (67)

Ainsi, dans le cas de cette sage-femme, se pose la question de connaître la satisfaction des femmes. Bien que d'après le CIANE les femmes semblent souhaiter un recours au consentement systématique par rapport à l'épisiotomie, est-ce-que la place de l'annonce seule, avec usage de stratégies d'évitement du mot « épisiotomie » peut répondre aux attentes des parturientes, dans la mesure où cette annonce est motivée par l'empathie de la sage-femme ?

Enfin, si les pratiques des sages-femmes interrogées divergent, il est important de souligner que tous les témoignages s'accordent sur un point : l'information donnée à la femme. En effet, pour toutes les sages-femmes interrogées, quelle que soit leur façon de faire quant à l'annonce et à la recherche de consentement, le fait d'informer la femme sur l'épisiotomie dont elle a bénéficié et sur ce qui l'entoure est d'une importance capitale.

« Tout ce qu'on fait à une femme, on doit lui dire. [...] J'ai toujours expliqué aux femmes ce que je leur faisais. » - Sage-femme C

c. La peur du « non »

Comme nous l'avons vu au point précédent, plusieurs sages-femmes font usage de phrases déclaratives pour annoncer une épisiotomie. Lorsqu'il leur est demandé pourquoi elles usent préférentiellement d'une phrase déclarative par rapport à une phrase interrogative, les sages-femmes sont très claires : la phrase déclarative ne laisse pas de place à la réponse « non » de la part de la femme.

« Non, je pose jamais une question parce que, enfin, si il y en a besoin y en besoin en fait. Alors après je me suis toujours dit « la fois où y en a une qui va me dire « ben non j'en veux pas », ben oui, vous en voulez pas, mais bon là ... », ça va être compliqué quoi. » - Sage-femme I

L'article R.4127-36 du code de la santé publique stipule en effet que « lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ».

Comme expliqué précédemment, le consentement est une obligation légale en matière de santé. Il ne peut être outrepassé que si la personne concernée est inconsciente ou incapable de manifester son consentement, et/ou si cette personne s'avère être blessée ou en péril. (6)

Or, il apparaît que l'épisiotomie ne peut pas s'inscrire dans ce contexte d'outrepassement du consentement. On peut alors comprendre la réticence des sages-femmes à poser la question du consentement, dans la crainte que la femme s'oppose à l'épisiotomie qui lui est proposée.

Par rapport à ces craintes, il semble important de reprendre les propos du CIANE. En effet, dans le rapport sur l'épisiotomie, il est estimé que si on leur posait la question « êtes-vous d'accord pour qu'une épisiotomie vous soit faite ? », 77% des primipares et 65% des multipares répondraient oui.

Ces chiffres sont corroborés par certaines des sages-femmes reçues en entretien. En effet, une des sages-femmes s'attachant à systématiquement demander le consentement aux parturientes explique qu'aucune femme ne s'est jamais opposée à sa décision de pratiquer une épisiotomie.

« C'est vrai que maintenant je leur demande leur consentement avant, et j'ai pas encore eu le cas d'une qui me dise non. » - Sage-femme E

Cette sage-femme est également assez sereine par rapport au fait d'un jour recevoir une réponse négative d'une femme.

« Je pense que si elle me dit explicitement non, je lui expliquerai ce qu'il en est, et je le ferai pas. » - Sage-femme E

Cependant, pour les sages-femmes qui évitent la forme interrogative pour éviter le « non » de la femme, la question de ce qu'il peut se passer après reste une source d'inquiétude. Certaines de ces sages-femmes vont notamment avoir tendance à penser qu'il est plus facile, dans ce cas, d'en référer au médecin.

« Je pense que la fois où ça m'arrivera qu'elle dise non, je vais dire « ben du coup il faut que j'appelle le médecin parce qu'il faut une autre aide, de toute façon il faut qu'on vous aide quoi ». Je vois pas quoi faire d'autre. » - Sage-femme I

Or, il semblerait que ces derniers ne soient pas plus à l'aise avec l'idée de s'exposer au refus d'une femme lors de la demande de consentement. Dans un article de 2018, il a été rapporté des propos et des questions qui ont été soulevés lors de la présentation des nouvelles recommandations pour l'accouchement normal de la HAS.

Ainsi, à cette occasion, un des obstétriciens a lui aussi soulevé la question du « non », puisqu'il explique que demander, c'est s'exposer à un refus, et il se demande « que doit-on faire quand notre analyse clinique et notre formation nous disent de faire quand même une épisiotomie ? »

A cette question lui ont été apportées des réponses qui reprennent les paroles de certaines sages-femmes interrogées, puisque Sophie Guillaume, la présidente du CNSF estime elle aussi qu'une majorité de femmes acceptera le geste pour lequel son consentement est requis si on lui pose la question.

Enfin, un ex-président du CNGOF, reprend lui aussi les réponses apportées par les sages-femmes interrogées, puisqu'il estime que « la patiente a le droit de refuser certains soins. L'important c'est qu'elle le fasse en connaissance de cause ». Cette réponse est corroborée par le texte des nouvelles recommandations pour la pratique de l'accouchement normal de la HAS qui stipule que la bientraitance implique le respect du choix fait par la femme. (64,65)

III. FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE SUR L'ANNONCE ET LA RECHERCHE DE CONSENTEMENT

a. Les relations entre sages-femmes et obstétriciens

Les sages-femmes interrogées pendant les entretiens se sont confiées quant au fait de réaliser une épisiotomie sur la demande de l'obstétricien (ou de l'interne).

Il apparaît que régulièrement, lors de l'extraction instrumentale, l'obstétricien demande à la sage-femme qu'il accompagne de pratiquer l'épisiotomie à sa place. Pour les sages-femmes interrogées, cette façon de faire l'épisiotomie modifie leurs pratiques quant à l'annonce et à la recherche de consentement. En effet, certaines disent ne pas se sentir légitimes à annoncer ou rechercher un consentement dans ce cas-là, estimant que ce rôle devrait revenir à la personne qui pose l'indication et non pas à celle qui réalise le geste.

« Ça change, parce qu'en fait du coup c'est pas moi qui fais. Enfin je veux dire, c'est lui qui est à la tête, qui gère, qui me dit « ben là il faut couper », et du coup je demande pas le consentement à la patiente. Mais ... Ouais, je sais pas, je sais pas si il faudrait. Parce qu'en fait pour moi c'est pas ma décision de le faire, donc ce serait à lui de lui en parler. » - Sage-femme E

Dans un article de 2008 portant sur les modalités relatives à l'extraction fœtale par un obstétricien, les auteurs parlent de l'importance de la présence de la sage-femme pendant l'extraction, car elle représente l'interlocuteur privilégié de la parturiente et du couple qu'elle a suivis pendant le travail. En plus de ce rôle de communication, il est souligné le rôle de la sage-femme dans « l'anticipation ou la prise en charge d'une complication survenant au cours de l'accouchement (difficultés ou dystocie des épaules, lésion périnéo-vaginale, hémorragie de la délivrance, etc) ». Or, il est évident que la contrainte de protection du périnée pour un obstétricien concentré sur son extraction peut être considérée comme une difficulté survenant au cours de l'accouchement, pouvant justifier la demande d'épisiotomie de l'obstétricien à la sage-femme. Malgré tout, cette demande ne modifie en rien les recommandations faites quant à la recherche de consentement chez la parturiente, bien qu'aucune recommandation n'encadre cette recherche dans ce contexte particulier. (68)

Malgré les données retrouvées dans cet article, certaines sages-femmes estiment qu'il n'est pas de leur ressort de réaliser l'épisiotomie dans ce contexte-là.

« Moi je suis de la vieille école, à l'époque les gynéco-obstétriciens faisaient leur extraction et ils faisaient eux-mêmes seuls leur épisiotomie. Ils s'en sortaient très bien et y avait pas de périnées complets ou compliqués. Donc j'ai du mal à comprendre pourquoi maintenant ils ont besoin d'une deuxième voire d'une troisième main pour une épisiotomie. C'est pas mon rôle quoi. » - Sage-femme D

Un autre point revient de façon récurrente dans les réponses des sages-femmes ; elles sont en effet plusieurs à raconter avoir refusé de pratiquer l'épisiotomie demandée par le médecin au cours de l'extraction, dans la mesure où elles estimaient que l'extraction était possible sans nécessairement induire de lésions périnéales de haut grade qui auraient justifié la réalisation d'une épisiotomie.

« Ça dépend qui est le médecin. Enfin souvent ça arrive plutôt avec des jeunes médecins ou avec des internes, et là ben ... Enfin ça dépend un peu du cas quoi. Ça m'est arrivé de dire « non je le fais pas ». ».- Sage-femme J

D'autres sages-femmes parlent de ce refus de pratiquer l'épisiotomie sur demande du médecin, mais certaines le font d'une manière différente, en marquant moins l'opposition à la décision qui a été prise mais plutôt en apportant des suggestions.

« Après, si l'interne me dit de faire une épisiotomie, et que j'estime qu'avec une kiwi on peut aller tout doucement et amplifier sans que nécessairement on ait besoin de l'épisio, je vais lui dire « attends, juste est-ce qu'on peut essayer sans ? », on regarde les tissus, on essaye, et puis bon si ça passe en effet, super. » - Sage-femme G

Cette opposition que certaines sages-femmes montrent envers des décisions de médecins renforce ce qui est rapporté dans la littérature, à savoir que les pratiques des sages-femmes et des obstétriciens sont très différentes. En effet, comme expliqué précédemment, du fait des prérogatives de ces deux professions en France, l'épisiotomie est plus fréquente dans la pratique des obstétriciens que dans celle des sages-femmes. L'épisiotomie elle-même revêt des caractéristiques différentes selon qu'elle est réalisée par un de ces deux corps de métier, puisqu'elle a tendance à être plus courte, plus superficielle et plus proche de la verticale si elle est réalisée par une sage-femme que si elle est pratiquée par le médecin. (25,28)

b. De l'importance d'avoir une indication

De l'avis général des sages-femmes interrogées, ces dernières expliquent justifier systématiquement l'épisiotomie quand elles sont amenées à la faire en expliquant son indication à la femme.

« Ouais, je justifie toujours. Ben après c'est comme je te disais, quand je lui dis « je pense que le périnée retient la tête du bébé » bon ben voilà, l'indication elle est évidente quoi. » - Sage-femme B

Les sages-femmes interrogées expliquent avoir besoin d'une indication à donner à la femme qui justifie la réalisation de l'épisiotomie (que cette information soit faite avant ou après l'épisiotomie). Cette nécessité de fournir une explication explique elle aussi la réticence des sages-femmes à informer les femmes de la réalisation de l'épisiotomie au décours de l'extraction instrumentale, puisque, comme vu précédemment, il arrive fréquemment que les sages-femmes n'approuvent pas la décision de faire une épisiotomie sur la décision du médecin. Comment, à titre personnel, justifier la réalisation d'une épisiotomie quand on n'y trouve aucune indication ?

« Pour le verbaliser moi des fois c'est un peu plus compliqué quoi. Quand je suis pas forcément d'accord ... Parce que pour le justifier, ben ... » - Sage-femme J

Une des sages-femmes interrogées explique elle aussi donner systématiquement une justification à son acte, mais elle explique le faire pour une raison particulière. En effet, cette dernière explique que justifier son épisiotomie lui permet de prouver que l'épisiotomie était nécessaire dans ce contexte, et qu'elle ne l'a pas faite pour choisir la facilité par rapport à une éventuelle déchirure.

« Et puis en fait c'est vrai que ça me permet de me justifier quelque part, « j'ai fait une épisiotomie pour faire sortir le bébé plus vite parce qu'il avait des anomalies du rythme », et pas « j'ai fait une épisiotomie parce que voilà, je savais pas faire autrement », y a une nuance quand même.[...] En fait comme j'ai toujours une justification à l'acte, ben ça me pose pas de problème de lui dire, c'est pas moi qui ait envie de la couper, c'est le périnée qui me dit « oh la la, ça déchirer vraiment là ! », donc je fais l'épisio parce que je dois la faire. » - Sage-femme G

Il est intéressant de souligner que pour une autre des sages-femmes de l'étude, ce besoin pour la sage-femme de se justifier revenait à admettre devant la femme une forme de culpabilité, et elle explique que c'est pour cette raison qu'elle ne recherche pas le consentement des parturientes.

« Donc moi ça me dérange, d'avoir besoin d'avoir un consentement. J'estime que du moment qu'on demande plein de choses c'est qu'il y a une certaine culpabilité de notre part, et on devrait pas avoir une culpabilité à faire une épisiotomie, si on la fait c'est qu'il y a une bonne raison. Je le ressens comme ça. » - Sage-femme C

Ce point de vue est particulièrement intéressant, car il est à l'opposé de celui de certaines autres sages-femmes interrogées et surtout totalement à l'opposé de l'avis des femmes, qui se sont exprimées sur le sujet par le biais de l'enquête du CIANE. En effet, la première requête des usagères citée dans ce rapport est le recours systématique à la demande de consentement avant la pratique d'une épisiotomie. (37)

En mai 2012, l'ANESM a publié, en partenariat avec la HAS, un guide à destination des professionnels pour le déploiement de la bientraitance dans les établissements de santé. Il est défini la posture de bientraitance comme « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ». Le respect du consentement est donc implicitement cité dans cette définition. Il est proposé dans ce guide des axes d'évaluation de la bientraitance dans les établissements, avec un axe concernant les modalités d'information des personnes.

Conformément à ce qui est recommandé dans ce guide et conformément aux dispositions légales, le fait de présenter une indication à l'épisiotomie à la femme qui en a bénéficié témoigne de la volonté des sages-femmes de satisfaire à leur obligation d'information. (69)

Plusieurs sages-femmes interrogées expliquent qu'elles trouvent que l'épisiotomie est un geste qui revêt une certaine violence, c'est un acte positif, qui implique une action de couper, et que cet aspect est majoré par le fait de s'intéresser à une zone intime, liée à la sexualité.

« Moi je trouve que l'épisiotomie c'est un acte qui est un peu violent quand même. Pas traumatique, mais un peu tu vois quand même. Pour le périnée, pour les implications après ... Par rapport à la sphère que ça touche ... C'est un acte un peu violent. » - Sage-femme B

Ce point de vue corrobore l'avis de certaines femmes, comme les prouvent les témoignages d'usagères qui associent le geste de l'épisiotomie à une violence physique et une atteinte à leur intégrité corporelle.

En 1999, un obstétricien américain interpelle le journal The Lancet en publiant un article qui se termine par la demande faite au journal de se positionner contre l'épisiotomie, qu'il considère comme la forme actuelle des mutilations sexuelles féminines. (70)

Certains auteurs se rallient à cet avis, et vont même jusqu'à considérer l'épisiotomie comme une forme de marque rituelle qui symbolise le passage de l'enfance à l'âge adulte. (71)

Si l'épisiotomie est en effet associée à un geste violent dans l'esprit des femmes (et des sages-femmes), si elle est considérée comme certains comme une scarification rituelle, il est compréhensible que le fait pour les sages-femmes d'exprimer systématiquement l'indication retenue à la femme constitue un geste important, une façon de se détacher de la violence et peut-être le gage d'une épisiotomie faite sous le couvert de la bienveillance.

c. Générations de sages-femmes

Quand il est demandé aux sages-femmes de parler de leurs pratiques sur l'annonce et le consentement, elles sont nombreuses à se demander, au cours des entretiens, si leurs pratiques correspondent à celles de leurs collègues. Une des sages-femmes interrogées admet savoir que ses pratiques diffèrent de celles de ses collègues, et il est très intéressant de noter qu'elle a une explication à ce phénomène. En effet, cette sage-femme a confié arrêter bientôt d'exercer, et elle estime que ses pratiques sont ce qu'elles sont parce qu'elle a été formée à une époque très différente de celle de la majorité des sages-femmes de cet hôpital.

« Enfin rien que pour l'épisisio, quand j'ai commencé il fallait faire des épisisio à toutes les primipares, à toutes les gémellaires. [...] Maintenant les gens ils ont un regard sur le dossier, ils peuvent avoir leur dossier etc ... Nous à notre époque, enfin y a 25 ans de ça, les gens n'avaient pas de regard sur leur dossier. On nous apprenait déjà que c'était important d'informer les patients, mais pas dans la même démarche. [...] Maintenant on se protège en leur expliquant, avant ça faisait partie du soin. » - Sage-femme C

En effet, la notion de consentement dans le cadre de la médecine est une notion qui n'a fait son apparition dans la loi et dans les recommandations que très récemment, puisque la première loi à ce sujet est la loi n°94-653 du Code Civil qui date du 29 juillet 1994. De plus, cette notion de consentement a surtout été démocratisée avec la loi Kouchner du 04 mars 2002. On peut alors comprendre qu'une sage-femme formée au début des années 90 a reçu une formation qui n'intégrait pas la place du consentement comme cela peut être le cas dans la formation reçues par les futures sages-femmes aujourd'hui. (3,7)

« Après je suis pas de la génération où on dit « est-ce que je peux faire ? » parce que nous on avait pas cette démarche-là, maintenant c'est le truc un peu à la mode, nous on a pas appris comme ça. » - Sage-femme C

Il est intéressant de noter que cette même sage-femme, comme vu précédemment, considère la recherche de consentement comme une marque de culpabilité de la part de la sage-femme. Or, il semble évident que si la recherche de consentement est vécue comme un aveu, une preuve de faiblesse par les sages-femmes, ces dernières peuvent rencontrer des difficultés à intégrer cette démarche à leurs pratiques ...

De plus, il faut souligner que le début des années 90 était celui de l'âge d'or de l'épisiotomie, puisqu'en 1998, l'Inserm a estimé que 71,3 % des primipares et 36,2 % des multipares avaient eu une épisiotomie lors de l'accouchement. (54)

Depuis 2009, les sages-femmes sont soumises à une obligation de DPC. Cette obligation est triennale, et elle consiste notamment en l'évaluation des pratiques professionnelles et en l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (72,73)

Ainsi se pose la question de savoir quel impact laisse la formation initiale sur certaines pratiques. En effet, les sages-femmes ayant été formées à un moment donné où les recommandations en terme d'épisiotomie et en terme d'information et de consentement relatifs à celle-ci étaient différentes de celles d'aujourd'hui disent avoir du mal à adapter leurs pratiques au contexte actuel, malgré les dispositifs de formation mis en place.

Une des sages-femmes interrogées a abordé cette problématique lors de l'entretien, puisqu'elle a parlé d'une de ses collègues sage-femme qui avait alors récemment mis un terme à sa carrière.

« T'imagines que la pratique de l'épicio ici elle a quand même été divisée par deux depuis qu'une de nos sages-femmes est partie à la retraite ? C'est juste déconcertant, tu te dis que sur la pratique d'une seule sage-femme tu fais baisser la fréquence d'une pratique de moitié ... C'est bien qu'il y avait quelque chose lié à l'apprentissage, c'est des générations de sages-femmes qui apprennent pas les mêmes choses. Cette sage-femme, pour rien au monde elle serait revenue en arrière sur ses pratiques ! » - Sage-femme F

Ce témoignage appuie encore la question de la valeur de la formation continue par rapport à l'apprentissage fait en formation initiale.

De même, puisqu'aucun texte ne fixe de règle concernant la teneur du DPC ou les sujets qu'il doit aborder, on peut se poser la question de savoir si le contenu du DPC peut répondre à la nécessité pour les professionnels de santé d'évoluer avec le temps et les recommandations changeantes.

Ce débat s'inscrit dans la démarche qualité des établissements de santé, puisqu'en effet, si ces derniers veulent être accrédités par l'HAS, ils doivent notamment se plier à des exigences d'évaluation des pratiques professionnelles. Or, si ces pratiques sont censées être fidèles aux recommandations des autorités savantes, on comprend bien que le DPC, au-delà de son aspect individuel, peut revêtir une importance toute particulière pour les services de soins et les établissements de santé. (74)

IV. ÉPISIOTOMIE ET CONSENTEMENT : UN DEBAT DE SOCIÉTÉ

a. Médiatisation

Depuis quelques années, l'épisiotomie et l'absence de consentement ont été fortement décriés par des femmes, notamment sur des blogs, sur les réseaux sociaux ... Il a été demandé, au cours des entretiens, ce que pensaient les sages-femmes de la médiatisation autour de ces sujets, de l'image que cela leur renvoyait de leur profession. Les avis sont très divergents d'une sage-femme à l'autre. Certaines en effet ne comprennent pas cette médiatisation, qui leur paraît excessive et déplacée.

« Je trouve que c'est extrême. [...] Je sais pas comment les autres travaillent, je sais pas, mais je pense quand même globalement qu'on explique quand même pas mal de choses aux femmes, et que du coup ben ouais, c'est celles qui ont jamais accouché ça doit leur faire peur parce qu'elles se disent « oh la la, mais ça va être une catastrophe, mais ça va être une vraie boucherie, on va rien me dire et voilà ». C'est dans ce sens-là. » - Sage-femme I

Un article publié dans une revue d'éthique en 2017 corrobore ce point de vue. En effet, il est reproché aux médias leur manque d'objectivité, puisque ces derniers incriminent tous les praticiens et tous les services d'obstétrique, sans faire de distinction entre les établissements qui maintiennent des taux d'épisiotomies extrêmement bas et les établissements dans lesquels les taux dépassent largement les recommandations du CNGOF et de l'OMS. Les auteurs estiment que ces raccourcis ont des conséquences néfastes sur les relations entre les soignants et les soignés, dans la mesure où il altère la confiance que les usagers vont placer dans les soignants auxquels ils vont se retrouver confrontés dans leur parcours, et que l'altération du lien de confiance entre ces deux entités rend le soigné moins réceptif aux explications et aux informations transmises par le soignant, et donc rend le consentement du soigné dans les soins plus compliqué à obtenir. (22,34)

Cependant, les auteurs fournissent une autre raison d'être à ce phénomène, puisqu'ils estiment que les soignants n'ont souvent pas le recul nécessaire sur leurs pratiques, et que certains soins s'inscrivant dans des conduites à tenir sont trop souvent réalisés dans l'optique de se conformer à un protocole « standard » qui ne tient pas compte des particularités présentées par la personne qui va recevoir les soins. Malgré cela, les auteurs soulèvent également la difficulté de porter un recul sur les pratiques médicales, puisque la médecine est une science qui n'est pas exacte, et qui est amenée à changer régulièrement au gré des découvertes et des études menées sur le terrain.

Ensuite, les auteurs mettent en lumière la réflexion éthique qui est à mener au sujet du consentement dans les soins, puisque ce consentement s'articule autour de l'idée de faire les choses « bien », sachant que cette notion est abstraite, et qu'elle ne revêt pas les mêmes aspects selon que l'on se place du côté du soignant ou du soigné. (75)

Certaines des sages-femmes interrogées disent trouver la prise de parole des femmes au sujet de l'épisiotomie et du consentement justifiée, dans la mesure où elles estiment que les pratiques à ce propos sont probablement perfectibles.

« Je pense que c'est bien d'en parler parce que c'est pas un geste anodin quoi, donc ouais, je pense que c'est intéressant de revenir là-dessus un petit peu, de savoir ce qu'il faudrait faire pour faire mieux ... Enfin même pour nous aider nous ! » - Sage-femme A

Une des sages-femmes interrogées explique que la polémique actuelle autour du consentement et de l'épisiotomie est à l'origine d'une remise en question de ses pratiques.

*« Avec tout ce qu'on entend sur les violences obstétricales, j'ai un peu ré-
réfléchi à ma pratique [...] Et puis donc je me suis dit « finalement qu'est-ce que
ça change pour moi de leur demander leur consentement avant ? Ben pas grand-
chose, je suis pas à 30 secondes près ... ». Et je pense que pour elles, dans leur
vécu, c'est quelque chose de différent quand elles ont dit oui pour qu'on leur
fasse ça. Je pense qu'elles le vivent pas de la même façon ... » - Sage-femme E*

L'importante médiatisation autour de ce sujet permet de mettre en lumière un problème de fond dans les relations entre les femmes et les professionnels de l'obstétrique, et a également permis de faire émerger cette polémique à grande échelle, puisque ce débat a même trouvé sa place en politique.

En effet, en 2017, la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, a demandé au Haut Conseil pour l'Égalité (HCE) de rédiger un rapport sur les violences obstétricales. Ce rapport devait notamment traiter d'épisiotomie et de consentement. (76)

Il est important de noter que cette volonté de produire une réflexion sur les pratiques est largement soutenue par le CNSF, puisque ce dernier a sorti en 2017 un communiqué de presse soutenant l'action demandée par Mme Schiappa. Les sages-femmes sont donc, à un niveau individuel pour certaines et à plus large échelle avec le CNSF, impliquées dans une dynamique de changement afin de proposer aux femmes des prises en charges qui pourraient répondre à leurs attentes. (77)

b. Impact de la charge de travail et réduction des effectifs de personnel

Un point revient régulièrement dans les entretiens menés avec les sages-femmes : la surcharge de travail au sein des services de soin. Il est intéressant de l'étudier puisque les sages-femmes reconnaissent que cette charge de travail va directement jouer dans leurs pratiques quant à l'information des parturientes.

« Je peux pas dire que je le fais à chaque fois mais, enfin après ça dépend de la charge de boulot qu'on a aussi forcément, mais j'essaye de parler aux femmes de ce qui peut arriver, donc de l'épisio. » - Sage-femme I

Dans le communiqué de presse paru à propos du rapport du HCE sur les violences obstétricales, le CNOSF affirme ce point de vue, puisqu'il estime que si la volonté des sages-femmes d'offrir des soins de qualité aux femmes est évidente, c'est le manque d'effectifs humains et la surcharge de travail qui entravent les sages-femmes au quotidien, et ces dernières en sont bien conscientes.

« Ça dépend de l'activité qu'on a aussi, si c'est une garde hyper chargée, là on va au plus vite et je me lance pas dans ce genre de conversation forcément d'emblée, mais si c'est une garde qui est à peu près calme, oui, j'aborde le sujet. » - Sage-femme D

Le CNSF soulève également un point important : dans les pays dans lesquels les moyens sont suffisants pour que l'accompagnement des parturientes par les sages-femmes soit plus adapté, les taux de recours à l'épisiotomie diminuent en parallèle de l'augmentation de la satisfaction des femmes. (77)

Les recommandations pour l'accouchement normal de la HAS parues en janvier 2018 vont, elles aussi, dans ce sens, puisqu'elles préconisent le soutien continu de la femme par la sage-femme, en classant cet accompagnement dans la prise en charge non médicamenteuse de la douleur. (65)

Ces données sont corroborées par les recommandations de la SOGC, puisque ces derniers préconisent le soutien continu dans l'optique de diminuer la peur, l'anxiété et le stress chez les parturientes, cette situation concourant à diminuer le taux d'interventions au cours du travail et de l'accouchement, notamment en ce qui concerne l'épisiotomie. (78,79)

Aujourd'hui cependant, dans le cadre hospitalier, le CNSF estime que la charge de travail et que les sous-effectifs en salle de naissance ne permettent pas aux sages-femmes de proposer le soutien continu aux femmes pendant leur travail. (77)

V. PROJET D'ACTION

Au vu des résultats obtenus dans le cadre de cette étude, un projet d'action est à développer. Ce dernier comporte plusieurs points :

- Il paraît important de faire se confronter les professionnels et les femmes. En effet, il ressort de l'étude que les pratiques des sages-femmes interrogées tendent à aller dans le sens réclamé par les usagères. Malgré tout, certaines sages-femmes restent avec des questions en suspens, elles sont plusieurs à se questionner sur comment faire mieux, comment répondre aux attentes des femmes, elles cherchent à savoir si les femmes s'accordent sur une certaine façon de faire autour de l'annonce et de la recherche de consentement pour l'épisiotomie ... Pour apporter des réponses à ces questions, il est important que les professionnels aient l'occasion de rencontrer des groupes ou associations de femmes afin de pouvoir prendre en compte au mieux leurs demandes et ainsi adapter leurs pratiques. Une des façons de mettre en place cette idée, serait, par exemple, d'organiser des rencontres entre des usagères ou des représentants d'usagères et des professionnels de santé au sein des hôpitaux, dans le cadre de commissions de discussion incluant les chefs de pôle afin de faire progresser les débats, que les femmes puissent exprimer leurs demandes et également qu'elles puissent se rendre compte des freins et des difficultés du côté des sages-femmes.

- Un axe d'amélioration des pratiques des sages-femmes concernant l'annonce et la recherche de consentement pourrait être représenté par le DPC. Comme vu dans les résultats de l'étude, la formation initiale des sages-femmes représente une énorme influence dans leurs pratiques quotidiennes. Il semble logique aujourd'hui de proposer un DPC avec des thèmes plus orientés sur les problématiques inhérentes à un établissement de santé ou à un service. Par exemple, pour un pôle d'obstétrique qui présenterait un taux d'épisiotomie supérieur aux recommandations nationales, pourquoi ne pas proposer de former les équipes préférentiellement sur ce sujet plutôt que sur un autre ? Un autre axe à améliorer serait que la formation (initiale et continue) soit plus axée sur le soin au sens large, ce soin incluant l'information, l'annonce, la recherche de consentement au-delà des aspects techniques des prises en charge.
- Enfin, et il s'agit là d'une problématique plus large, mais il semble nécessaire que les effectifs humains soient recalculés dans les établissements de santé, puisqu'il ressort de cette étude et des sociétés professionnelles que les effectifs humains sont insuffisants pour répondre à la charge de travail imposées dans les maternités françaises, et que c'est la mise en place d'une relation de qualité et de confiance entre les femmes et les sages-femmes qui est en premier lieu menacée par ce manque de moyens. Aujourd'hui, à l'heure où les recommandations de 2018 préconisent le soutien continu de la femme par la sage-femme pendant le travail, il devient urgent de revoir les effectifs de sages-femmes à la hausse pour qu'elles puissent exercer leur profession de la meilleure façon qui soit pour les femmes.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans la dynamique actuelle des problèmes rapportés par les femmes autour du consentement pour la pratique de l'épisiotomie.

L'objectif principal de ce travail était l'étude des pratiques des sages-femmes d'une maternité de type 3 en Auvergne quant à l'annonce et à la réalisation de l'épisiotomie.

Il ressort de cette étude que les pratiques des sages-femmes à ce niveau sont variables d'une personne à l'autre, dépendant de plusieurs facteurs comme la facilité que va avoir la sage-femme à parler d'épisiotomie avec la parturiente, ou l'appartenance à des générations de sages-femmes différentes.

Ces différences sont également expliquées par le contexte, puisque des éléments comme l'attitude de la parturiente par rapport à l'épisiotomie ou la réalisation de l'épisiotomie sur demande du médecin lors d'une extraction instrumentale sont susceptibles de modifier la pratique des sages-femmes.

L'impact de l'annonce et de la recherche de consentement sur le vécu de l'épisiotomie divise les sages-femmes interrogées. Certaines vont estimer que des facteurs techniques comme la qualité de la suture ou la prise en charge médicamenteuse de la douleur en suites de couches prédominent sur le vécu des femmes par rapport à l'épisiotomie. D'autres estiment qu'une épisiotomie à laquelle la femme aurait consenti sera forcément mieux acceptée, mais toutes s'accordent à dire qu'à ce niveau-là c'est surtout l'information donnée à la femme qui est importante, plus encore que l'annonce ou la recherche de consentement au moment de la réalisation.

L'étude portait également sur les freins et les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans leur pratique autour de l'annonce et du consentement. Il ressort qu'une majorité des sages-femmes interrogées ne cherche pas le consentement de peur de se trouver démunie devant un refus de la parturiente. Pour certaines autres sages-femmes, c'est leur manque d'assurance quant à l'épisiotomie qui constitue une barrière dans le fait de poser la question du consentement aux femmes. Une autre difficulté identifiée par les instances était notamment le manque de moyens humains, et la surcharge de travail, qui semblent entraver les sages-femmes dans leurs démarches d'information auprès des femmes et donc qui les entravent dans les processus d'annonce et de recherche de consentement.

Enfin, le dernier objectif était de se pencher sur le positionnement des sages-femmes au sein de la médiatisation actuelle du sujet. Aujourd'hui, à l'ère de la pratique restrictive de l'épisiotomie, les sages-femmes sont conscientes de l'angoisse que celle-ci peut générer chez les parturientes. Toutes les sages-femmes interrogées étaient au courant de la médiatisation importante du sujet, bien que leurs avis sur la question étaient diamétralement opposés, entre les sages-femmes qui comprennent les revendications portées par les femmes et celles qui estiment qu'il a été donné une importance démesurée à un phénomène finalement assez éloigné de la réalité de leurs pratiques.

Il ressort à la lumière de ce travail que les pratiques de sages-femmes tendent à aller dans le sens des attentes des femmes, mais que malgré une dynamique de changement instillée dans les établissements de soin et dans les équipes, de nombreux freins persistent dans la pratique quotidienne des sages-femmes.

Il pourrait être souhaitable qu'un corolaire de cette étude soit développé dans les années à venir pour étudier ce phénomène en se basant cette fois sur les points de vue des femmes et en recueillant leurs témoignages.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larousse Editions. Consentement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. larousse.fr. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
2. Serge Braudo, Alexis Baumann. Consentement - Définition [Internet]. dictionnaire-juridique.com. 1996 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/consentement.php>
3. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
4. Conseil de l'Europe. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. 1997 p. 11. (Série des traités européens).
5. Wolf Manuel. Le consentement dans la pratique médicale en France: aspects philosophiques, juridiques, sociologiques et médicaux. 1997.
6. Article 223-6 du Code Pénal.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
8. ANAES. INFORMATION DES PATIENTS RECOMMANDATIONS DESTINÉES AUX MÉDECINS. 2000 mars p. 8.
9. F. Pierre. Information en obstétrique: du conte de fées au jeu de dupes, où se situent notre pratique quotidienne et son évaluation? Gynécologie Obstétrique Fertil. sept 2007;35(9):753-6.
10. Jacques Dufresne. Les quatre principes fondamentaux d'Hippocrate [Internet]. 2012 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: http://agora.qc.ca/documents/hippocrate--les_quatre_principes_fondamentaux_dhippocrate_par_jacques_dufresne
11. Larousse Editions. Hippocrate [Internet]. Larousse; [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hippocrate/123966>
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate. 05/012012.
13. Ministère de la Santé et des Solidarités. Usagers, vos droits - Charte de la personne hospitalisée. 2006 avr.
14. Article R. 4127-306 du Code de la santé publique.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 35 - Information du patient. 2012.
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 36 - Consentement du patient. 2016.
17. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005 avr p. 134.

18. Secrétariat d'état chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. 2016 nov [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
19. G. Moutel. Pourquoi le consentement des patients ne doit-il pas être banalisé ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* nov 2012;40(11):698-700.
20. Nour Richard-Guerroudj. Première sanction ordinaire pour défaut d'information. *Prof Sage-Femme.* mars 2018;(243):6.
21. Larousse É. Définitions : épisiotomie [Internet]. Larousse; [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507>
22. CNGOF. RECOMMANDATIONS pour la PRATIQUE CLINIQUE - L'épisiotomie [Internet]. 2005 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#tech
23. G. Beucher. Complications maternelles des extractions instrumentales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37(8S1):244-59.
24. Klein MC1, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, Corriveau M, Westreich R, Waghorn K, Gelfand MM, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online J Curr Clin Trials.* 1 juill 1992;(10).
25. E. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman, F. Sergent, L. Marpeau. L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* févr 2006;35(S1):40-51.
26. A. Grant. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol.* nov 1989;96(11):1281-9.
27. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK, Cochrane. Techniques de suture continue et discontinue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré. 2012 nov. (Pregnancy and Childbirth Group).
28. B. Jacquetin. L'épisiotomie - Introduction. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* févr 2006;35(S1):7-9.
29. De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* avr 2001;108(4):383-7.
30. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *Br J Obstet Gynaecol.* août 2005;112(8):1156-8.
31. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* juin 1983;38(6):322-38.
32. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv.* nov 1995;50(11):821-35.

33. Marc Girard. Episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*. 14 août 1999;354(9178):595-6.
34. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique - Rapport d'un groupe de travail technique. Genève; 1997 p. 88. (Santé de la Mère et du Nouveau-né).
35. European Commission. European perinatal health report. 2010 p. 252.
36. Béatrice BLONDEL, Morgane KERMARREC, INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai p. 132.
37. CIANE. Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes. 2013 nov p. 25.
38. M. Chebab, M. Courjon, A. Eckman-Lacroix, R. Ramanah, R. Maillet, D. Riethmuller. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. juin 2014;43(6):463-9.
39. A. Eckman, R. Ramanah, E. Gannard, M.C. Clement, G. Collet, L. Courtois, et al. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2010;39(1):37-42.
40. Morgane Jaffuel. Prévention des traumatismes périnéaux : état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de santé d'Auvergne [mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand; 2013.
41. J.F. Oury, O. Sibony, D. Luton, O. Feraud, J.L. Voluménie, P. Blot. Stratégies obstétricales et conduites d'urgence dans l'accouchement du macrosome. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. janv 2000;29(SUP 1):20.
42. F. Gold, E. Saliba, V. Biran-Mucignat, D. Mitanchez-Mokhtari. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. *Pédiatrie - Mal Infect*. 2007;4(2):10.
43. A. Fournié, G. Boog. Étude du rythme cardiaque foetal. *Obstétrique*. 2003;5(49):24.
44. Article 16-3 du Code Civil.
45. HAS. Recommandations pour la pratique clinique - Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. 2005 déc p. 27.
46. A. Ledig, Dr T. Linet. *Mon guide gyénco*. Pocket. Paris; 2016. 191 p.
47. Martin Winckler. *Les brutes en blanc*. Flammarion. 2016. 359 p.
48. CIANE. Violences obstétricales : d'abord ne pas nuire [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/2017/03/violences-obstetricales-dabord-ne-pas-nuire/>
49. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 11 mai 2002;11(359):1681-5.

50. Schroll AM, Kjaergaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 mars 2013;13(74).
51. Swahnberg K, Wijma B. Staff's awareness of abuse in health care varies according to context and possibilities to act. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. juin 2011;32(2):65-71.
52. OMS. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. 2014 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf
53. J. Baruch, L. Motet, A.-A. Durand. Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous. *Le Monde*. 31 janv 2018;
54. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère du travail, Ministère de l'Action et des Comptes Publics. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 oct [cité 12 mars 2018] p. 317. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
55. Les compétences des sages-femmes.
56. M. Zanardi-Braillon. Ventouse, forceps : instruments de sage-femme ? *Rev Sage-Femme*. sept 2004;3(4):185-8.
57. F. Venditelli, D. Gallot. L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2006;35(S1):12-23.
58. Article L1111-4 du Code de la santé publique.
59. H. Montmasson, P. Bertrand, F. Perrotin, W. El-Hage. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2012;41(6):553-60.
60. HAS. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005 nov [cité 12 mars 2018] p. 56. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
61. E. Blanchard, S. Guillaume, H.-J. Philippe. De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance. *Obstétrique*. 1994;5(49).
62. Gözde Gökçe Isbir, Figen Inci, Hatice Önal, Pelin Dikmen Yildiz. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. nov 2016;32:227-32.
63. Ingegerd Hildingsson, Helen Haines, Maddalena Cross, Julie F. Pallant, Christine Rubertsson. Women's satisfaction with antenatal care: Comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth*. mars 2013;26(1):9-14.

64. HAS. Recommandation de bonne pratique : Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017 déc [cité 12 mars 2018] p. 47. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
65. Géraldine Magnan. Nouvelle donne en salle de naissance. Prof Sage-Femme. févr 2018;242.
66. C. Boulanger, C. Lancon. L'empathie : réflexions sur un concept. Ann Méd-Psychol. août 2006;164(6):497-505.
67. J. Decety. Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. Psychiatrie.
68. L. Sentilhes, P. Gillard, P. Descamps, A. Fournié. Indications et prérequis à la réalisation d'une extraction instrumentale : quand, comment et où ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2008;37(8S1):188-201.
69. HAS. Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD [Internet]. 2012 mai [cité 12 mars 2018] p. 36. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf
70. Mardsen Wagner. Episiotomy: a form of genital mutilation. The Lancet. 5 juin 1999;353(9168):1977-8.
71. Stéphanie St-Amant. Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale. [Montréal]: Université du Québec à Montréal; 2013.
72. Article L4153-1 du Code de la santé publique.
73. I. Paulard. Formation tout au long de la vie, valider ses obligations DPC en 2017. Vocat Sage-Femme. juill 2017;16(127):35-8.
74. Nadine Bazin. De l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) au Développement Professionnel Continu (DPC). Ann Méd-Psychol. févr 2013;171(1):28-30.
75. C. Hervé, Y. Ville. Lettre ouverte : « Quelle leçon tirer de la récente controverse française sur l'épisiotomie ? » ou la généralisation d'une véritable éthique des pratiques en clinique humaine. Ethics Med Public Health. 7 oct 2017;
76. Secrétaire d'état chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes. Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/07/cp-violences-obstetricales-240717-1.pdf>
77. CNOSF. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité [Internet]. 2017 juill [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>
78. H. Faruel-Fosse, F. Venditelli. L'épisiotomie - Peut-on réduire le taux des épisiotomies ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2006;35(S1):68-76.

79. SOGC. N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes [Internet]. 2018 févr [cité 12 mars 2018]. Disponible sur:
<https://mail.uca.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr&id=11704&part=2>

ANNEXES

ANNEXE I

<http://jenaipasconsenti.tumblr.com/>

« A un moment j'ai senti une brûlure intense et inhabituelle. La sage-femme avait coupé pour faire une épisiotomie sans me demander mon avis, sans me dire au préalable qu'elle s'inquiétait de quoi que ce soit ni pour moi ni pour mon bébé. Si elle me l'avait dit, j'aurais pu pousser plus fort, changer de position, ... »

« Accouchement très rapide, trois poussées après le début du travail et bébé est là. Sauf que, quand je vois la SF avec un ciseau et que je lui dit : « vous n'allez pas me faire d'épicio hein ? », elle n'a pas pris le temps de répondre, j'ai juste entendu le bruit du ciseau qui me coupait. Il me semble me rappeler que j'ai dit non ! après ... Ce bruit je l'entends encore. »

<https://moncorpsmonbebe.monaccouchement.wordpress.com/>

« Je réclame de changer de position, j'ai envie de me mettre à 4 pattes, ou au moins sur le côté. On me dit NON. Et là, une douleur atroce me transperce. Il vient de mettre un coup de ciseaux ! Je n'ai pas d'anesthésie, ça me fait un mal de chien ! Mes contractions à côté, c'était de la rigolade. J'hurle encore plus fort qu'avant, mais là c'est de douleur. »

« Pendant ce temps on me recoud... 22 points de suture... comme je ne sens toujours rien (ma jambe restera inerte jusqu'au lendemain midi!) je demande si j'ai eu une épicio... le gynéco me répond « ah oui!! Une sacré épicio, vous allez avoir bien mal aux fesses » et au moins sur ce coup-là il aura été honnête, elle m'empêchera de marcher correctement pendant 2 mois et me fera souffrir 18 mois... »

<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/>

« Lorsqu'il s'est enfin décidé à venir, il a pratiqué une épisiotomie sans même m'en parler et a coupé le cordon dans mon ventre pour sortir le bébé à l'aide d'une ventouse. Dans la panique une sage-femme a demandé à mon mari de les aider et il a eu le droit à la totale : épisiotomie en direct et tout le reste. Je ne souhaitais pourtant absolument pas qu'il me voit sous cet angle là et nous en avons discuté avant. »

Page Facebook du comité appelé « Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales »

Hashtag « #PayeTonUterus » sur Twitter

ANNEXE II

GRILLE D'ENTRETIEN

- Travaillez-vous régulièrement en salle de naissance ?

- Quelle place la salle de naissance occupe-t-elle dans votre exercice ? *ex : faites-vous uniquement de la SDN ? Si non combien de mois/semaines par an y travaillez-vous ?*

- D'après vous quelle place prend l'épisiotomie dans votre pratique personnelle ? Est-ce un acte que vous considérez faire souvent, rarement ... ? *Plusieurs par mois de garde en SDN ? Moins d'une par mois ? Par trimestre ? Moins de 10 par an ?*

- Dans le cas d'un travail dont la quasi-totalité va se dérouler en salle de naissance, vous arrive-t-il de parler d'épisiotomie pendant le travail ? (*dans le sens : prévenez-vous les femmes que peut-être vous pourriez avoir besoin de pratiquer une épisiotomie ? Y-a-t-il un profil particulier de parturientes auxquelles vous allez parler de l'épisiotomie pendant le travail ? si oui, n'en parlez-vous qu'à certaines (primipares, suspicion de macrosomie ...) ou globalement à toutes les parturientes ?*)

- Au moment de réaliser une épisiotomie, annoncez-vous l'acte avant, pendant, après sa réalisation ? Pensez-vous qu'il y ait un moment plus approprié qu'un autre pour l'annonce ?

- Si vous annoncez l'acte, comment l'annoncez-vous ? *Est-ce une phrase ? En posant une question ? En recherchant l'accord de la femme ? Quels mots utilisez-vous ? Apportez-vous une justification à l'acte au moment de l'annonce/après le geste ? (ex : « votre bébé a un rythme cardiaque préoccupant, il faudrait qu'il naisse »)*

- Si vous annoncez l'épisiotomie/vous demandez son accord à la femme avant de faire l'épisiotomie, pourquoi le faites-vous ? Est-ce important pour vous de le faire ? (*ou pas forcément, ex : occasion de parler avec la femme, politesse, pour la tenir au courant, pour la rassurer sur la progression du mobile fœtal ... ?*)
- *Cadre de la maternité de type 3, CHU, nombreux internes qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pendant les extractions ... Est-ce que le fait de réaliser l'épisiotomie pendant une extraction, sur demande du médecin/de l'interne modifie vos pratiques en terme d'annonce et de consentement ?*
- Rencontrez-vous des difficultés relatives au fait de parler d'épisiotomie pendant le travail/pendant les efforts expulsifs ? (*ex : ne pas se porter « la poisse » en parlant d'épisiotomie avant les EE, peur de déconcentrer la femme, urgence du moment et du geste ...*)
- *Épisiotomie, consentement, ... débat très actuel et très médiatisé. Est-ce que vous comprenez le mécontentement de certaines femmes vis-à-vis de leur accouchement, de leur épisiotomie ?*
- A votre avis, est-ce que le fait de prévenir une femme avant de pratiquer une épisiotomie a une influence sur le vécu de cette femme, sur sa douleur, sur sa cicatrisation, sur la mise en place du lien mère-enfant ou est-ce que ces paramètres sont surtout dépendant de la réalisation technique de l'acte ? (*ex : épisiotomie assez franche pour éviter une déchirure, technique de suture utilisée pour la réfection, prise en charge antalgique précoce ...*)

Italique = notes personnelles, aide à la reformulation, exemples pour appuyer le propos de la question ...

ANNEXE III

LETTRE D'INFORMATION - Mémoire « Épisiotomie : annonce et consentement »

INVESTIGATEURS :

- *Madame X, étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand*
- *Sous la direction de Madame Y, sage-femme.*

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Épisiotomie : annonce et consentement ».

Une étude sur la place du consentement dans la réalisation de l'épisiotomie est engagée au sein du secteur de salle de naissance du CHU Estaing. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Y, sage-femme.

1. Pourquoi cette étude ?

Cette étude s'inscrit dans la volonté d'étudier les pratiques des sages-femmes par rapport à l'annonce et la recherche de consentement pour la réalisation d'une épisiotomie. L'objectif est d'essayer de comprendre quels sont les enjeux, les positionnements, et les difficultés éventuelles que rencontrent les professionnels au quotidien.

2. L'étude en pratique

L'étude menée pour ce projet est une étude qualitative. Afin de répondre à la problématique, des entretiens semi-dirigés seront menés avec une dizaine de sages-femmes qui exercent en salle de naissance. Ces entretiens seront enregistrés et retranscrits pour analyse. Ils seront strictement confidentiels.

3. Confidentialité et sécurité des données

Il sera attribué à chaque participant(e) un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame Y.

4. Obtentions d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : Madame X, dxxxx.bxxxxxxxxxx@xxx.xxx.fr.

RESUME / ABSTRACT

Introduction : Aujourd'hui, la question de l'annonce et du consentement pour l'épisiotomie est au cœur du débat médiatique et des préoccupations des femmes. Malgré les politiques de réduction des taux, c'est encore un geste utilisé dans certaines situations.

Objectifs : le but de ce travail était d'étudier les pratiques des sages-femmes quant à l'annonce et à la recherche de consentement pour l'épisiotomie, d'identifier les freins et les difficultés rencontrés par les sages-femmes en pratique quotidienne et d'observer le positionnement des sages-femmes par rapport à la médiatisation actuelle.

Etude : il s'agit d'une étude observationnelle avec analyse qualitative des résultats. Dix entretiens semi-dirigés ont été menés sur des sages-femmes d'un hôpital de type 3 en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Résultats et discussion : Plusieurs facteurs influent sur la pratique des sages-femmes comme la facilité des celles-ci à parler d'épisiotomie avec les femmes ou l'appartenance à différentes générations de sages-femmes. Le contexte joue également un rôle sur les pratiques des sages-femmes, notamment au niveau du positionnement de la parturiente sur l'épisiotomie. Les sages-femmes avouent ne pas avoir recours à une question pour demander le consentement par peur du « non ». Les sages-femmes expriment des avis qui globalement correspondent aux données de littérature mais qui diffèrent des demandes des femmes, bien que leurs pratiques tendent à aller dans le sens dans ces demandes.

Conclusion : Si globalement les sages-femmes s'accordent à dire que c'est plus l'information que le consentement qui influe sur le vécu de l'épisiotomie, le CNSF alarme sur le manque de moyens humains qui entrave les sages-femmes dans leurs pratiques au quotidien.

Mots-clés : sage-femme, épisiotomie, consentement, information

Introduction : Today, women, as well as the medias feel concerned about episiotomy and the consent that should be associated to it. Even though midwives are told to reduce the rate of episiotomy, they still sometimes need to do it.

Objectives : The aim of the project was to study french midwives' practices about consent while performing an episiotomy. The authors also wanted to know about the difficulties midwives were facing in their practices, and also to know about their feelings about the current publicity.

Study : It's a qualitative study. Individuals interviews were led with the help of ten midwives of a level-3 hospital in Auvergne.

Results : Several factors seem to interfere in midwives' practices such as their ability to talk about episiotomy with women, or the fact that they belong to different midwives' generations. The context also seem to be important : if the woman they're taking care of doesn't seem very concerned about episiotomy, midwives tend not to ask for their consent before performing the episiotomy. Midwives admit that they don't often use the interrogative form to ask for consent because they're afraid that the woman might say no. Almost all of the things that midwives explained during the interview were on point with scientific articles, whereas midwives' practices are still quite different from what women expect to get from midwives during labor.

Conclusion : Midwives agree to say that giving proper informations to women is more important than asking for consent ; the French College of Midwives consider that there's a lack of midwives in the hospitals which doesn't allow them to do their job properly.

Key words : midwife, episiotomy, consent, information