



**HAL**  
open science

## Réfection des épisiotomies et pratique de la technique “ un fil, un noeud ” : enquête réalisée auprès de quatorze maternités de l’Aisne, de l’Oise et de la Somme

Clémence Gauchin

### ► To cite this version:

Clémence Gauchin. Réfection des épisiotomies et pratique de la technique “ un fil, un noeud ” : enquête réalisée auprès de quatorze maternités de l’Aisne, de l’Oise et de la Somme. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01958859

**HAL Id: dumas-01958859**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01958859>**

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

---

ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS  
ANNÉE 2016-2017

Clémence GAUCHIN

Réfection des épisiotomies et pratique de la technique « un fil, un nœud ».  
Enquête réalisée auprès de quatorze maternités de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGES-FEMMES



## **Remerciements**

*Je tiens particulièrement à remercier :*

*Le Docteur GAGNEUR, gynécologue-obstétricien et directrice de ce mémoire pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail et s'être rendue disponible lorsque j'en avais besoin.*

*Madame Pascale DAUNE, sage-femme enseignante, pour ses conseils et sa disponibilité durant la réalisation de ce travail.*

*Les coordinateurs en maïeutique des maternités de Picardie ainsi que les sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire et, sans qui, ce travail n'aurait pu être réalisé.*

*L'école de sages-femmes d'Amiens qui, par sa formation, m'a apporté un enrichissement tant sur le plan professionnel que personnel.*

*Mes collègues et ami(e)s de promotion pour leur soutien, leur esprit d'équipe et les merveilleux moments passés ensemble au cours de ces cinq années d'étude.*

*Ma famille et mes ami(e)s d'enfance qui ont toujours cru en moi et sans qui je ne serai pas là aujourd'hui.*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>1. L'EPISIOTOMIE</b> .....	4
1.1. POINT HISTORIQUE .....	4
1.2. QUELQUES CHIFFRES .....	4
<b>2. LES SUTURES PERINEALES</b> .....	5
2.1. METHODE DE SUTURE EN TROIS PLANS .....	5
2.1.1. Plan vaginal .....	5
2.1.2. Plan musculaire .....	6
2.1.3. Plan cutané .....	7
2.2. METHODE DE SUTURE « UN FIL, UN NŒUD » .....	9
2.2.1. Plan muqueux .....	9
2.2.2. Plan musculaire .....	9
2.2.3. Plan sous-cutané .....	10
2.2.4. Plan cutané .....	11
2.3. CHOIX DU FIL DE SUTURE .....	11
2.4. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX TECHNIQUES DE SUTURE.....	12
2.4.1. Avantages de la technique de suture en trois plans .....	12
2.4.2. Inconvénients de la technique de suture en trois plans .....	12
2.4.3. Avantages de la technique de suture « un fil, un nœud » .....	12
2.4.4. Inconvénients de la technique de suture « un fil, un nœud » .....	13
2.5. ETUDES COMPARANT LES DEUX TECHNIQUES DE SUTURE .....	13
<b>3. FORMATION DES SAGES-FEMMES AUX TECHNIQUES DE SUTURE</b> .....	15
3.1. FORMATION INITIALE .....	15
3.1.1. L'enseignement aux sutures à l'école .....	15
3.1.2. L'enseignement aux sutures en stage .....	16
3.2. FORMATION CONTINUE.....	17
<b>4. ÉTUDE</b> .....	17
4.1. CONSTAT .....	17
4.2. PROBLEMATIQUE .....	17
4.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	18

4.4.	HYPOTHESES DE RECHERCHE .....	18
4.5.	METHODOLOGIE .....	18
4.5.1.	Type d'étude .....	18
4.5.2.	Critères d'inclusion et recueil de données .....	19
4.5.3.	Exploitation des données .....	21
<b>5.</b>	<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>22</b>
5.1.	GENERALITES .....	22
5.2.	TECHNIQUE « UN FIL, UN NŒUD » NON PRATIQUEE .....	31
5.3.	PRATIQUE DE LA TECHNIQUE « UN FIL, UN NŒUD » .....	35
<b>6.</b>	<b>LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE</b> .....	<b>39</b>
6.1.	LIMITES .....	39
6.2.	POINTS FORTS DE L'ETUDE .....	39
<b>7.</b>	<b>ANALYSE ET DISCUSSION</b> .....	<b>40</b>
7.1.	VERIFICATION DES HYPOTHESES .....	40
7.1.1.	Hypothèse principale .....	40
7.1.2.	Hypothèses secondaires .....	41
7.2.	DISCUSSION .....	42
7.2.1.	La méconnaissance .....	42
7.2.2.	Le besoin de formation .....	43
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>45</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>46</b>
	<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>49</b>
	<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>57</b>

## INTRODUCTION

L'épisiotomie a initialement pour objectif de prévenir les lésions périnéales sévères et de diminuer les asphyxies fœtales pendant la phase d'expulsion, en facilitant les manœuvres obstétricales et en raccourcissant la durée de l'accouchement.

Elle apparaît être la première source de douleurs périnéales dans le post-partum ; sa suture joue, en effet, un rôle non négligeable dans l'inconfort des patientes en suites de couches.

Lorsque l'épisiotomie s'avère indispensable, il est primordial que les professionnels soient à même de choisir et de réaliser la technique de suture la plus adaptée et la moins douloureuse pour la patiente.

Il existe essentiellement deux techniques de suture : la technique en trois plans et la technique « un fil, un nœud ».

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) recommande de réaliser le surjet continu préférablement aux points séparés car « [...] *il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes.* » [1]. La technique de suture « un fil, un nœud » répond aux recommandations du CNGOF ; elle offre de nombreux avantages en termes de douleurs périnéales, de rapidité et de coût. Cependant, dans les établissements de santé, cette technique est très peu utilisée.

Conformément à l'article R.4127-378 du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer « *L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée.* » [2]. Il est donc de son devoir d'assurer une suture de qualité à chaque patiente selon les recommandations en vigueur.

L'objectif principal de ce mémoire est de réaliser une étude de pratique des techniques de sutures auprès des sages-femmes exerçant en salle de naissance en Picardie.

Cette étude s'attache également à relever les freins et motivations au changement de pratique des professionnels.

Dans un premier temps, nous évoquerons l'historique de l'épisiotomie puis, nous aborderons les différentes méthodes de suture périnéale et enfin, nous nous consacrerons à la formation des sages-femmes en matière de réfection d'épisiotomie.

Dans un second temps, nous présenterons notre étude réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès des sages-femmes des différentes maternités de Picardie, puis, nous analyserons les résultats.

Pour finir, nous essaierons, à partir de l'exploitation des données, d'apporter des propositions d'actions pertinentes afin d'améliorer la qualité de nos soins en matière de suture et faire adopter une technique de réfection qui répondra aux recommandations en vigueur.

## **1. L'ÉPISIOTOMIE**

### **1.1. POINT HISTORIQUE**

L'épisiotomie est l'intervention la plus utilisée dans le monde. Elle a été introduite au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, en 1741 par Sir Ould à Dublin. Dans les années 1980-90, le recours à l'épisiotomie était très fréquent dans la plupart des pays occidentaux, en particulier chez les primipares. Sa réalisation avait comme principaux objectifs de diminuer la morbidité néonatale et maternelle en limitant les risques de lésions sévères du périnée et en prévenant la survenue ultérieure de troubles de la statique pelvienne. Cependant, l'intérêt de l'épisiotomie préventive a été remis en question par des publications soulignant l'absence de réduction des lésions périnéales et de la morbidité néonatale après cette intervention [3]. D'autre part, l'épisiotomie et sa réfection s'avèrent être les principales sources de douleurs périnéales en suites de couches, douleurs souvent minimisées par le personnel soignant [4].

D'une pratique quasi-systématique, elle est donc devenue depuis les années 90, une pratique plus rare suivant rapidement les recommandations internationales et nationales visant à diminuer sa réalisation.

### **1.2. QUELQUES CHIFFRES**

Depuis 2005, le CNGOF est en faveur d'une politique incitative afin de faire baisser progressivement le taux d'épisiotomie en dessous des 30% [1]. Depuis 1998, le taux d'épisiotomie a diminué en France de manière importante, avec un taux global passant de 50.9% en 1998 (dont 71,3 % pour les primipares et 36,2 % pour les multipares [6]) à 26.8% en 2010 (dont 44,4 % pour les primipares et 14,3 % pour les multipares [6]) [4][5].

L'épisiotomie est un acte « opérateur dépendant » ; elle peut varier dans son orientation, sa longueur, sa profondeur, et plus encore dans la qualité de sa réparation [1].



Dans les études comparatives, la réalisation de l'épisiotomie n'est jamais systématique (100 %) ou totalement absente (0 % d'épisiotomie). Une étude française réalisée en 2007 auprès de l'ensemble des CHU de France mentionnait des taux allant de 3.6 % (CHU de Besançon) à 61.7% (CHU Necker). D'autre part, les valeurs moyennes apparaissaient plus élevées en niveau I (39.5%) que dans les niveaux II (30.2%) et III (27.6%) [7].

Si la pratique restrictive de l'épisiotomie fait l'unanimité entre les professionnels, la réfection est quant à elle très aléatoire.

## **2. LES SUTURES PERINEALES**

La suture a pour but de rapprocher les berges de la section pour faciliter la cicatrisation. Elle doit être la plus hémostatique possible et la plus anatomique afin de restituer une fonction musculaire normale.

Il existe deux techniques : la méthode classique en trois plans (la plus couramment utilisée) et la méthode « un fil, un nœud ». Chacune de ces techniques présente des avantages et des inconvénients.

### **2.1. METHODE DE SUTURE EN TROIS PLANS [8] [9] [10]**

Comme son nom l'indique, cette technique s'effectue selon trois plans distincts :

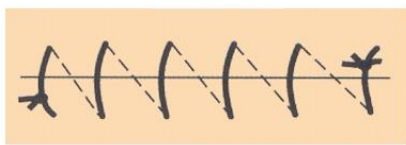
- La muqueuse vaginale
- Le plan musculaire
- Le plan cutané

#### **2.1.1. Plan vaginal**

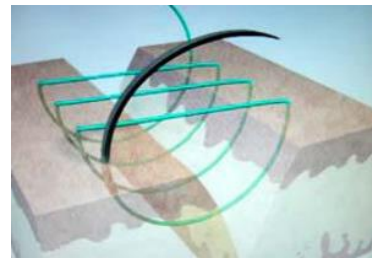
La méthode de réfection utilisée est le plus souvent un surjet simple, plus rarement des points séparés, car le surjet est rapide à réaliser et à l'avantage de répartir les tensions tout le long de la cicatrice. La suture débute à l'angle supérieur de l'incision par un point simple perpendiculaire à l'axe de la plaie et s'étend jusqu'aux reliefs hyménéaux qui sont affrontés

bord à bord. Les passages doivent être répartis correctement, en prenant sous la muqueuse, et obliques ou perpendiculaires par rapport à la ligne de suture. Le fil doit être serré modérément afin d'éviter l'invagination des berges de la plaie. En effet, un surjet peut être trop serré et provoquer une asymétrie des berges entraînant des douleurs périnéales, une cicatrisation plus difficile et un résultat esthétique médiocre. Dans ces cas, le retrait du surjet, consistant à couper un fil sur deux, peut être effectué.

Les points séparés sont peu utilisés sur la muqueuse vaginale car l'espace entre les points crée un manque d'étanchéité qui favorise l'inflammation et la formation d'hématome.



(Sutures B. Braun, Précis de chordologie)



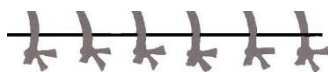
(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)

**Figures 1 : Surjet simple**

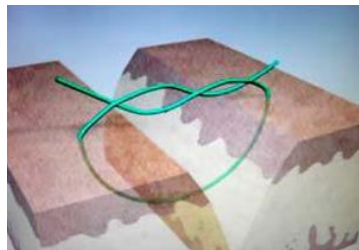
### 2.1.2. Plan musculaire

La suture de ce plan assurera la solidité de l'ensemble de la cicatrice. Il est donc réalisé à l'aide de points séparés, qui limitent le risque d'infection et favorise la cicatrisation, ou en X. Ce dernier permet de limiter les saignements par sa fonction hémostatique.

Concernant ces deux types de points, il est nécessaire de prendre plus de tissus en profondeur qu'en superficie pour obtenir un point garant d'une belle cicatrice. De plus, les nœuds ne doivent pas être placés sur la ligne de suture mais sur le côté ; leur rôle est d'assurer un affrontement des berges. Ils ne doivent pas être ischémiant car cela risquerait de provoquer des douleurs ; à l'inverse, ils ne doivent pas être trop lâches car cela pourrait être à l'origine de désunion.



(Sutures B. Braun, Précis de chordologie)



(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)



**Figure 3 : Point en X**

**Figures 2 : Points séparés**

### 2.1.3. Plan cutané

La suture est débutée au niveau de l'angle inférieur et se termine par un dernier point au niveau de la fourchette vulvaire. La réfection de ce plan est essentielle dans l'esthétisme final de la suture.

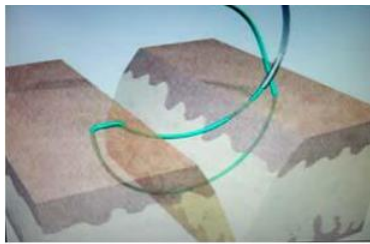
On observe différentes techniques pour suturer ce plan :

- **Les points séparés simples ou de Blair-donati**

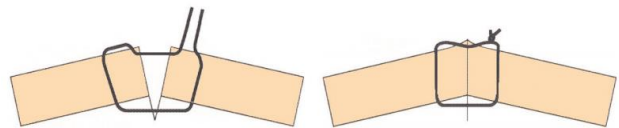
Le point de Blair-Donati est également appelé "loin-loin-près-près". En effet, lors du premier passage, le fil passe à distance des berges de la plaie ("loin-loin"), et lors du second passage, il passe près des berges de chaque côté ("près-près").

Il permet un affrontement sûr et précis des berges et une très bonne solidité. Il est indiqué lorsque la tension au niveau de la plaie est importante car il permet, par son double passage dans le derme, d'effacer les espaces-morts sous-cutanés et de supprimer la tension.

En revanche, il est difficile à réaliser et très peu esthétique.



(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)



(Sutures B. Braun, *Précis de chordologie*)

#### **Figures 4 : Points de Blair-Donati**

- **Le surjet en U**

Il est constitué d'une succession de passages perpendiculaires à la ligne de suture.

Les points d'entrée et de sortie sont situés sur la même berge. Il présente les mêmes avantages que le point de Blair-Donati mais permet en plus, le parfait affrontement des deux berges, ce qui donne un résultat esthétique très satisfaisant. Cependant, il est à noter que ce surjet est très ischémiant s'il est trop serré.



(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)

**Figure 5 : Surjet en U**

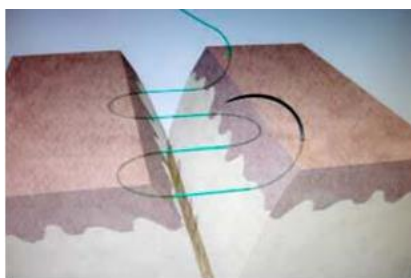
- **Le surjet intradermique**

Ce surjet est celui qui donne les meilleurs résultats esthétiques car il ne nécessite aucun passage en cutanéodermique et ne laisse, par conséquent, aucune marque le long de la cicatrice. De plus, il permet, en évitant la stimulation des terminaisons nerveuses cutanées, une diminution de la douleur.

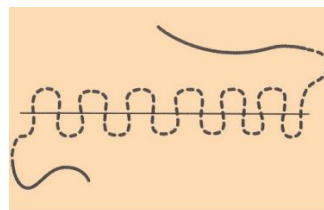
Pour obtenir le meilleur résultat possible, les conditions suivantes doivent être réunies :

- Cicatrice régulière
- Berges de la plaie éversées
- Tension minimale sur ces berges qui entraîne donc une diminution de la douleur en post-partum.
- Absence de risque important d'hématome grâce à la création de ce plan étanche.

Cependant, si le surjet est mal réalisé ou si les conditions, évoquées ci-dessus, ne sont pas respectées, la cicatrice pourra être disgracieuse. Cette suture nécessite donc l'expérience de l'opérateur.



(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)



(Sutures B. Braun, Précis de chordologie)

**Figure 6 : Surjet intradermique**

## 2.2. METHODE DE SUTURE « UN FIL, UN NŒUD » [11] [12]

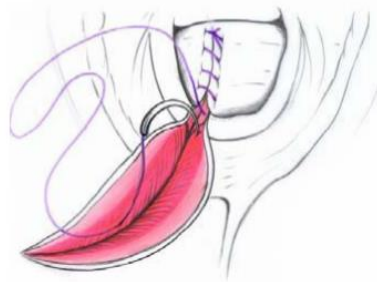
Cette technique a vu le jour en 1999 grâce aux professeur Dally et au Docteur Théry à Bordeaux. Elle consiste à suturer, par surjet continu, la muqueuse vaginale, le plan musculaire, le plan sous-cutané puis la peau, en ne réalisant qu'un seul nœud au départ. La solidité de celui-ci est capital afin d'éviter toute désunion.

L'innovation tient également dans son mode de terminaison dit du « fil perdu dans la fesse ». Tout au long de la suture, il faudra veiller à ne pas mettre en tension le surjet car cela pourrait entraîner une nécrose des tissus et ainsi être néfaste au processus de cicatrisation.

Cette technique, qui répond aux recommandations du CNGOF, allie rapidité d'exécution, simplicité technique, faible coût et parfaite tolérance mais reste malgré tout peu pratiquée par les sages-femmes (SF).

### 2.2.1. Plan muqueux

Le surjet débute par la réalisation d'un nœud au point d'angle de la muqueuse vaginale. La prise muqueuse doit être assez épaisse pour que les tissus soient suffisamment solides. Le plan muqueux sera fermé par un surjet jusqu'en arrière de l'hymen. A partir de ce point sur la berge gauche, le plan musculaire est débuté.



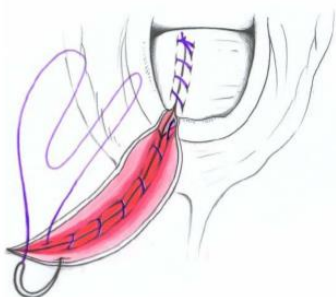
*(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)*

**Figure 7 : Suture du plan muqueux**

### 2.2.2. Plan musculaire

Grâce à une grande aiguille, on peut faire des prises importantes.

Il est habituel en faisant un surjet continu de faire plus de points que si l'on faisait des points séparés sur le muscle. Il faudra s'attacher à ce que ces points soient le moins serré possible. Le surjet musculaire terminé, il faut reprendre les repères pour débiter ensuite le plan sous-cutané.



*(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)*

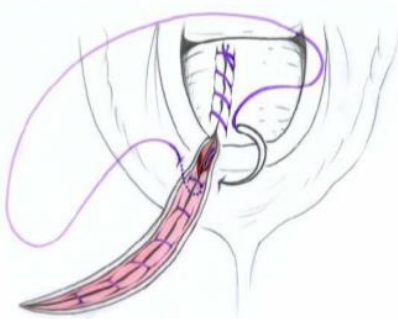
**Figure 8 : Suture du plan musculaire**

### 2.2.3. Plan sous-cutané

Ce plan a un double intérêt : il permet d'effacer les espaces morts sous-cutanés et d'éviter toute tension sur le plan cutané. Il consiste à remonter (toujours par surjet) de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale.

Ce plan se termine par un ou deux points sur la muqueuse vaginale en avant de la cicatrice de l'hymen.

C'est après avoir terminé ce plan que l'on pourra observer les critères de qualité de réfection de l'épisiotomie : le parfait affrontement des repères anatomiques et l'affrontement du plan cutané dont l'espacement des deux berges ne doit pas dépasser 5 mm.

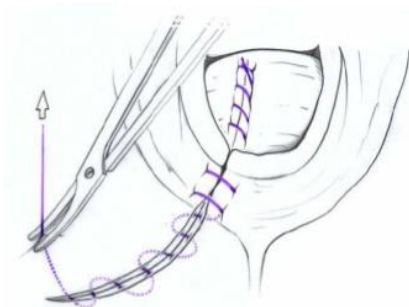


*(Vazquez M., Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies, 2008)*

**Figure 9 : Suture du plan sous-cutané**

#### 2.2.4. Plan cutané

Pour pouvoir suturer le plan cutané, on commence par placer un ou deux points entre la cicatrice hyménéale et la jonction peau-muqueuse. Puis on débute le surjet intradermique qui part de la fourchette vulvaire pour arriver au point d'angle inférieur de la peau. On piquera alors l'aiguille dans l'angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2 cm. Le fil sera coupé au ras de la peau pour être enfoui dans le gras de la fesse sans aucun nœud. On appelle cela la technique du « fil perdu dans la fesse ». A l'extrémité de ce plan, la peau est complètement fermée, aucune tension n'est exercée.



(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

**Figure 10 : Suture du plan cutané**

#### 2.3. CHOIX DU FIL DE SUTURE

Selon le CNGOF : « *Les résultats de différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (Grade A). Il n'existe pas d'étude probante pour privilégier un fil résorbable plutôt qu'un autre. L'utilisation d'un fil résorbable génère moins de douleurs périnéales immédiates que celles d'un fil non résorbable (Grade B). Les fils non résorbables ont également le désavantage de nécessiter leur ablation systématique* » [1].

Pour la technique « un fil, un nœud », le choix du fil et de l'aiguille paraît important. Un vicryl rapide 2/0 est suffisant pour suturer solidement tous les plans ; une aiguille de 36 mm à section ronde triangulaire est tout à fait adaptée pour suturer les tissus même les plus profonds [12].

Dans la suture en trois plans, le choix du fil est fonction du plan : vicryl rapide 2/0 pour le plan cutané, le vagin et vicryl 0 pour le muscle.

## 2.4. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX TECHNIQUES DE SUTURE

### 2.4.1. Avantages de la technique de suture en trois plans [10]

Il existe, pour cette technique, de nombreux points en fonction des plans.

Avant l'arrivée du surjet intradermique, ce sont les points séparés qui dominaient pour la réfection du plan cutané. Ceux-ci offraient l'avantage de pouvoir être retirés en cas d'infection ou de douleurs au niveau d'un point précis.

Cette réfection en 3 plans paraît également, aux yeux de certains praticiens, plus sécurisante. En effet, à tout moment, si l'affrontement des deux berges ne leur paraît pas parfait, ils ont alors la possibilité de retirer les points qu'ils jugent insatisfaisants.

### 2.4.2. Inconvénients de la technique de suture en trois plans [10]

L'inconvénient majeur de cette technique est la douleur périnéale en post-partum (PP). Celle-ci provient de deux facteurs : les nœuds et les points séparés.

En effet, cette méthode aboutit à la réalisation de nombreux nœuds, souvent trop serrés, entraînant alors une ischémie pouvant aller jusqu'à la nécrose des tissus. Ils provoquent également une inflammation locale à l'origine d'œdème.

La réfection du plan cutané se fait le plus couramment avec des points séparés assignés sur la peau qui stimulent les nombreuses terminaisons nerveuses cutanées, source de douleurs.

### 2.4.3. Avantages de la technique de suture « un fil, un nœud » [12]

- Diminution des douleurs périnéales

Nous avons vu que les nœuds étaient source de douleurs, de par leur serrage (responsable de l'ischémie puis de la nécrose des tissus) mais également à cause de l'œdème créé par l'inflammation. Or, cette technique n'utilise qu'un seul nœud au fond de la muqueuse vaginale. De plus, la technique du fil « perdu dans la fesse » efface toute tension puisqu'elle élimine l'ischémie des tissus, même profonds.



- Diminution du risque de lâchage

Nous savons également que les nœuds diminuent la résistance du fil ; le nœud unique qui caractérise cette suture est donc un argument pour vanter la diminution des « lâchages de suture ».

- Diminution du risque inflammatoire

L'absence d'espaces morts par la présence du plan sous-cutané permet de diminuer le risque d'hématome, d'infection et de désunion de la cicatrice.

- L'esthétisme

La cicatrisation est quasi invisible dès les premiers jours grâce au surjet intradermique ; celui-ci satisfait les femmes en diminuant leur anxiété quant à la reprise de la sexualité.

- Rapidité d'exécution et diminution du coût

Pour l'opérateur, c'est une technique plus rapide à exécuter (par l'absence de nœuds à réaliser) et moins coûteuse puisqu'on utilise 1 seul fil.

#### 2.4.4. Inconvénients de la technique de suture « un fil un nœud » [12]

Certains auteurs pensent que l'adjonction d'un plan supplémentaire est une source d'inflammation et de gêne.

Les deux inconvénients entraînés par l'utilisation d'un fil unique sont :

- l'impossibilité de retirer un point en cas de douleur et d'infection
- le lâchage total de la suture, même si nous pouvons réagir en disant que cette technique diminue le risque de lâchage grâce à un nœud unique et à un fil qui n'est donc pas en tension. La solidité du nœud de départ est par contre primordiale.

## 2.5. ETUDES COMPARANT LES DEUX TECHNIQUES DE SUTURE

Des études scientifiques, aboutissant presque aux mêmes résultats, ont été réalisées pour tenter de convaincre les nombreux praticiens réfractaires à la technique « un fil, un nœud ».

L'étude réalisée par Kettle et al., parue dans le Lancet en 2002, comparait dans une étude randomisée le surjet continu aux points séparés. 1142 femmes avaient été incluses dans cette étude (771 avaient été suturées par surjet continu et 771 des points séparés). Les auteurs constataient une réduction significative des douleurs périnéales à J2 et à J10 du PP dans le groupe « surjet continu ». Ce bénéfice persistait indépendamment de l'opérateur (sage-femme versus obstétricien), de son expérience, et du type du matériel utilisé (Vicryl Rapide® versus Vicryl Standard®). Il était également noté, en faveur du surjet continu, une diminution significative des douleurs à la marche en position assise, lors de la miction et de la défécation dans le PP immédiat. Le nombre de sutures gênantes et de déhiscences était significativement moindre à J10 pour le groupe « surjet continu ». Enfin, le nombre de patientes satisfaites de la procédure à 3 mois et à 12 mois était significativement plus élevé dans le groupe suturé selon la technique « un fil, un nœud ». [13] [14]

En 2000, le Docteur Théry et le Professeur Dallay ont réalisé une étude comparant, dans un premier temps, la technique un fil un nœud à la technique en 3 plans avec points séparés à la peau, puis dans un second temps, la technique un fil un nœud à la technique en 3 plans avec surjet intradermique à la peau.

Concernant la première étude, il y a significativement plus de patientes n'ayant pas de douleurs à J3 avec la technique « un fil un nœud » (58%) qu'avec la technique par points séparés (37%). La consommation d'antalgiques va dans le même sens.

La seconde étude, elle, montre peu de différences entre les deux techniques hormis une douleur moindre chez les patientes ayant bénéficié de la technique « un fil un nœud ». Cette différence est toutefois moins nette que dans la première étude. Cela montre, encore une fois, l'implication des points sur la peau dans les douleurs périnéales du post-partum.

On constate également moins de signes de mauvaise cicatrisation (induration notamment) à la visite du post-partum pour la technique un fil un nœud. [8]

Ces études nous ont montré que la façon de suturer a une influence sur la douleur post-épisiotomie. Il convient donc de préconiser aux opérateurs, qu'ils soient médecins ou sages-femmes, de pratiquer le surjet continu plutôt que les points séparés puisqu'il est associé à de moindres douleurs et, par conséquent, une diminution de besoin analgésique et de retrait des sutures à court terme.

Cette pratique du surjet continu est reprise dans les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF de 2005 : « *Sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet*

*continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (Grade A) » [1].*

### **3. FORMATION DES SAGES-FEMMES AUX TECHNIQUES DE SUTURE**

#### **3.1. FORMATION INITIALE**

L'enseignement dispensé dans les écoles de SF est à la fois théorique et pratique ; les études étant rythmées par une alternance de cours et de stages dans les différents secteurs d'activité de la profession. Cette organisation favorise ainsi l'acquisition des compétences et pratiques professionnelles.

##### **3.1.1. L'enseignement aux sutures à l'école**

Chacune des 35 écoles de SF de France est libre d'attribuer le nombre d'heures et la forme d'enseignement qu'elle souhaite à la réfection de l'épisiotomie.

Une étude, sur cet enseignement théorique et pratique, effectuée auprès des étudiants sages-femmes (ESF) de SMA5 de 30 écoles françaises en 2010, a mis en évidence que :

- 73% des écoles y consacrent au moins deux heures de cours théoriques ;
- seulement 30% d'étudiants bénéficient d'au moins une heure de travaux pratiques ;
- dans 70% des cas, ces cours ont lieu en SMA3 (dans 25% des cas, ils ont lieu en SMA4) ;
- les moyens les plus utilisés pour l'enseignement théorique sont le diaporama, le cours magistral et la démonstration sur mannequin ;
- les outils pour l'apprentissage de la pratique sont le plus souvent des pieds de porcs, des cuisses de poulet, des carrés de mousse et la vidéo ;
- dans 70% des cas, ces cours théoriques et pratiques sont dispensés par une sage-femme enseignante ;
- la technique de suture « un fil, un nœud » n'est enseignée que dans 38,1% des écoles alors que la méthode de suture en trois plans est enseignée dans 97,8% d'entre elles ;

- 92,4% des étudiants sages-femmes de dernière année affirment ne pas avoir acquis la technique « un fil, un nœud » [15].

A l'école de sage-femme d'Amiens, deux heures d'enseignement théorique sur l'épisiotomie (indications, différentes techniques d'épisiotomie, complications, soins à apporter en suites de couches...) et sa suture (techniques de réparation) sont dispensées sous forme de cours magistraux. Puis, deux heures de travaux pratiques encadrés sont mis en place en cours de SMa3. Nous y apprenons à manier les instruments, à faire les nœuds, à réaliser différents points ainsi que le surjet simple. Pour cela, nous nous entraînons sur des « tampons de suture » (annexe I).

Ces quelques heures de travaux dirigés permettent aux étudiants de se familiariser avec le matériel et d'aborder la réfection des épisiotomies et des déchirures avec moins d'appréhension en salle de naissance (SDN).

### 3.1.2. L'enseignement aux sutures en stage

Les stages, qui se déroulent tout le long de la formation, permettent aux étudiants de se familiariser avec les différents services et par conséquent les différents aspects du métier, mais servent surtout d'expériences aux futur(e)s diplômé(e)s. Les ESF ont l'opportunité de débiter les sutures dès les stages en SDN (début de SMa3). Ils disposent d'une trentaine de semaines en salles réparties sur deux ans et demi pour apprendre à suturer le périnée. D'après l'étude (évoquée ci-dessus) réalisée auprès des étudiants sages-femmes de SMa5 de 30 écoles de France, 55.4% des futurs professionnels n'ont suturé qu'une à cinq épisiotomies depuis le début de leur formation [15]. La réfection est donc peu pratiquée par les étudiants sages-femmes en stage et peut être très variable d'un étudiant à l'autre.

Partant de ce constat, il est obligatoire, une fois la formation initiale achevée, que les professionnels de santé continuent de se former tout au long de leur carrière de manière à perfectionner leur pratique et proposer la meilleure prise en charge possible aux patientes.

## 3.2. FORMATION CONTINUE

Le conseil de l'ordre des SF rappelait dans l'article 4 de la circulaire du 29 juillet 1992 : « *La formation continue des SF est une obligation déontologique : elle permet à tout praticien d'entretenir et de compléter sa formation initiale afin de pouvoir assurer à ses patientes les soins conformes aux données scientifiques du moment [...]* » [16]. D'où l'importance, comme le souligne le CNGOF, de « *créer des formations théoriques et pratiques sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur les techniques de réparation* » [1].

Chaque année, des ateliers sur les sutures périnéales sont proposés lors de congrès tels que les assises, les journées de Gynécologie, Pédiatrie néonatale, Obstétrique et Médecine prénatal (GYPOM) mais restent limités à un faible nombre de SF.

## 4. L'ETUDE

### 4.1. CONSTAT

Nous avons pu constater, lors des stages, que la majorité des sages-femmes ne suturent pas les épisiotomies par un surjet continu comme le recommande le CNGOF.

Nous avons donc trouvé intéressant de recueillir leurs connaissances quant aux recommandations et aux différentes techniques de sutures ; mais aussi de relever les freins et motivations à leur changement de pratique.

### 4.2. PROBLEMATIQUE

Nous avons établi la problématique suivante :

Qu'en est-il des techniques employées par les sages-femmes de Picardie pour la réfection des épisiotomies et pourquoi font-elles ce choix ?

### 4.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est de réaliser un état des lieux des techniques adoptées en matière de suture chez les sages-femmes et les raisons de ces choix.

L'objectif secondaire est de relever les freins et motivations au changement de pratique des professionnels.

### 4.4. HYPOTHESES DE RECHERCHE

La construction de la problématique s'est faite à partir de plusieurs hypothèses.

L'hypothèse principale suppose que les sages-femmes de Picardie connaissent les deux techniques de suture mais pratiquent la technique de réfection en trois plans qui est enseignée en formation initiale.

Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

- Les freins à la pratique de la technique « un fil, un nœud » seraient principalement la méconnaissance et l'absence de maîtrise de cette technique.
- Les motivations à la pratique de la technique « un fil, un nœud » seraient majoritairement la diminution des douleurs en PP et l'esthétisme.
- La majorité des SF souhaiteraient bénéficier d'une formation pratique sur la technique « un fil, un nœud » sous forme d'atelier.

### 4.5. METHODOLOGIE

#### 4.5.1. Type d'étude

Mon étude est une enquête de pratique observationnelle prospective et multicentrique. L'enquête a été réalisée par le biais d'un questionnaire (annexe II) envoyé dans les 16 maternités de Picardie.

Le questionnaire était composé de 24 questions de deux types :

- Questions à réponses courtes (semi-ouverte)
- Questions à choix multiples

Il est décomposé en cinq parties distinctes :

- La première partie traite des généralités concernant le lieu d'exercice, le lieu d'étude, l'année de diplôme ainsi que de la connaissance ou non des recommandations du CNGOF et de la technique de suture « un fil, un nœud ».
- La deuxième partie s'adresse dans un premier temps aux sages-femmes ayant connaissance de la technique de suture « un fil, un nœud ». Elle interroge sur les avantages et inconvénients de cette dernière. Puis, les questions s'adressent à l'ensemble des SF ; elles concernent les avantages et inconvénients de la technique de suture en « trois plans », les moyens auxquels ont recours les SF pour obtenir des informations sur les recommandations et enfin, la pratique ou non de la technique « un fil, un nœud ».
- La troisième rubrique s'adresse aux SF ne pratiquant pas la technique « un fil, un nœud » afin d'évaluer leur point de vue et leur(s) appréhension(s) face à celle-ci.
- La dernière partie s'adresse aux SF pratiquant la technique de suture « un fil, un nœud » afin d'évaluer ce qui a favorisé leur changement de pratique.

Il a été envoyé sous deux formes en fonction des établissements :

- une version électronique en ligne grâce au logiciel Google Forms (outil gratuit permettant de créer son questionnaire en ligne, de collecter et d'analyser les données) afin de pouvoir l'envoyer grâce à un lien HTML.
- une version papier lorsqu'il était impossible pour les coordinatrices de transférer le lien aux SF de leur service (Chauny, Soissons, polyclinique Saint-Claude) ou quand le taux de réponse via le questionnaire en ligne était faible (Groupe santé Victor Pauchet, Clermont de l'Oise et Beauvais).

#### 4.5.2. Critères d'inclusion et recueil de données

Le questionnaire était adressé aux sages-femmes exerçant en salle de naissances (SDN) dans une des 16 maternités de Picardie.

Au départ, nous avons choisi d'inclure toutes les sages-femmes de la région exerçant en salle pour ne pas biaiser l'étude et obtenir une meilleure fiabilité.

Les établissements concernés étaient donc :

- CHU Amiens
- CH Beauvais
- CH Compiègne-Noyon

- CH Saint-Quentin
- CH Péronne
- CH Abbeville
- Groupe Hospitalier du Sud de l'Oise (GHPSO) – Site de Creil et de Senlis
- CH Chauny
- CH Laon
- CH Clermont de l'Oise
- CH Soisson
- CH Château-thierry
- Polyclinique Saint-Claude à Saint-Quentin
- Groupe Santé Victor Pauchet
- Clinique Saint-Côme

Au final, au vu des résultats, nous avons décidé d'exclure de l'étude la polyclinique Saint-Claude de Saint-Quentin et le Groupe Santé Victor Pauchet. Les SF ne suturant pas dans ces deux établissements, leurs réponses auraient biaisé l'étude.

- **Première étape : Version électronique**

Le lien du questionnaire en ligne a été envoyé par mail début octobre aux coordinatrices en maïeutique des 16 maternités de Picardie afin qu'elles le transfèrent aux SF exerçant en SDN.

Dans ce mail (annexe III), trois questions étaient posées :

- Combien de sages-femmes exercent en salles de naissance au sein de votre établissement ?
- Existe-t-il un protocole concernant la suture des épisiotomies dans votre service ?
- Sollicitez-vous un organisme pour former vos sages-femmes aux sutures ? Si Oui, quel(s) organisme(s) ?

A l'issue du premier mail, nous n'avons reçu que deux réponses. Nous avons donc contacté les 14 autres coordinatrices par téléphone.

Concernant la première question, nous comptons, à l'heure actuelle, environ 310 SF exerçant en SDN en Picardie.

A propos de la deuxième question, il n'existe aucune recommandation relative à la suture des épisiotomies dans les 16 maternités de Picardie. Pour les hôpitaux publics, les cadres ont ajouté



que « les sages-femmes suturent comme elles le veulent », on retrouve bien ici la notion d'« acte opérateur dépendant ».

Pour la dernière question, seuls la clinique Saint-Côme de Compiègne et le CHU d'Amiens ont proposé une formation sur la technique de suture « un fil, un nœud » en mai 2016.

Les coordinatrices de la polyclinique Saint-Claude et du groupe santé Victor Pauchet m'ont souligné qu'aucune formation sur les techniques de réfection n'était proposée à leurs SF car elles ne suturent pas.

Lorsque les coordinatrices ne disposaient pas des adresses mails, le lien du questionnaire était installé sur les bureaux des ordinateurs afin qu'il soit facilement accessible et visualisable par les SF.

- **Deuxième étape : version papier**

Concernant les questionnaires papiers, ils ont été déposés en SDN début décembre pour les maternités de Chauny, Soissons, Pauchet et de la polyclinique Saint-Claude, et début janvier pour les maternités de Clermont de l'Oise et Beauvais.

Les questionnaires étaient remis dans une pochette sur laquelle une note (annexe IV) adressée aux SF était inscrite.

L'étude s'est étendue de début octobre à fin janvier 2017.

J'ai effectué durant 4 mois des relances par mail, téléphone, en me déplaçant et en mobilisant les étudiants en stage pour qu'ils incitent les sages-femmes à remplir le questionnaire.

Au total, nous avons récupéré 141 réponses sur 274 SF exerçant en SDN dans une des 14 maternités de Picardie intéressant l'étude ; ce qui nous donne un taux de retour de 51.45%.

D'un point de vue spécifique, nous avons récupéré 131 questionnaires via le lien internet et 10 questionnaires papier.

#### 4.5.3. Exploitation des données

Le recueil de données des questions a été réalisé à partir du logiciel Excel.

L'exploitation des résultats a été effectuée en utilisant les moyennes et les médianes.

## 5. RESULTATS

### 5.1. GENERALITES

Le but de cette première série de questions était d'établir les caractéristiques de la population de SF exerçant en salle de naissance en Picardie en analysant plusieurs aspects comme le lieu d'exercice, d'études, l'année de diplôme, la connaissance ou non des recommandations du CNGOF et de la technique de suture « un fil, un nœud ».

- **Où exercez-vous ? (1)**

Il s'agit d'une question à réponse semi-ouverte.

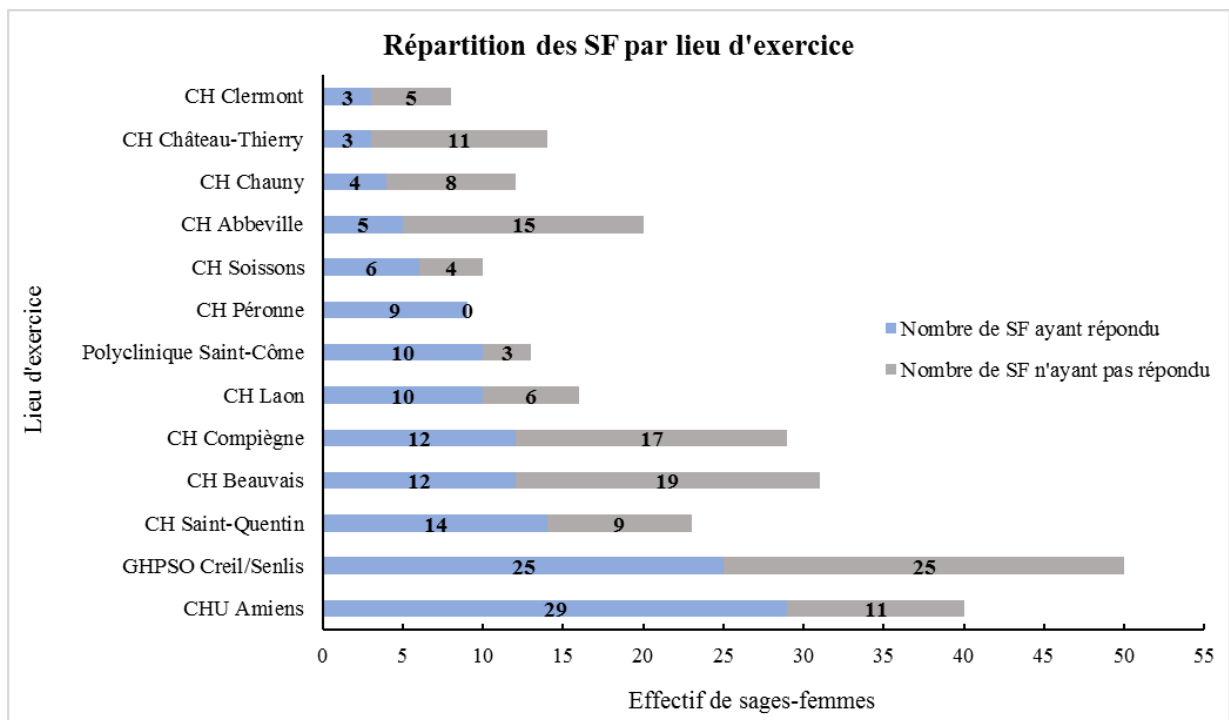


Figure 11 : Lieu d'exercice des SF

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

Pour 7 maternités sur 13, on constate qu'une SF sur deux a répondu au questionnaire.

Cependant, nous pouvons observer que certaines maternités sont plus représentées que d'autres. Ce sont celles qui ont été relancées davantage, notamment par la présence d'étudiants en stage sur la période de l'étude.

- ***Où avez-vous réalisé vos études de sage-femme ? (2)***

Il s'agit d'une question à réponse semi-ouverte.

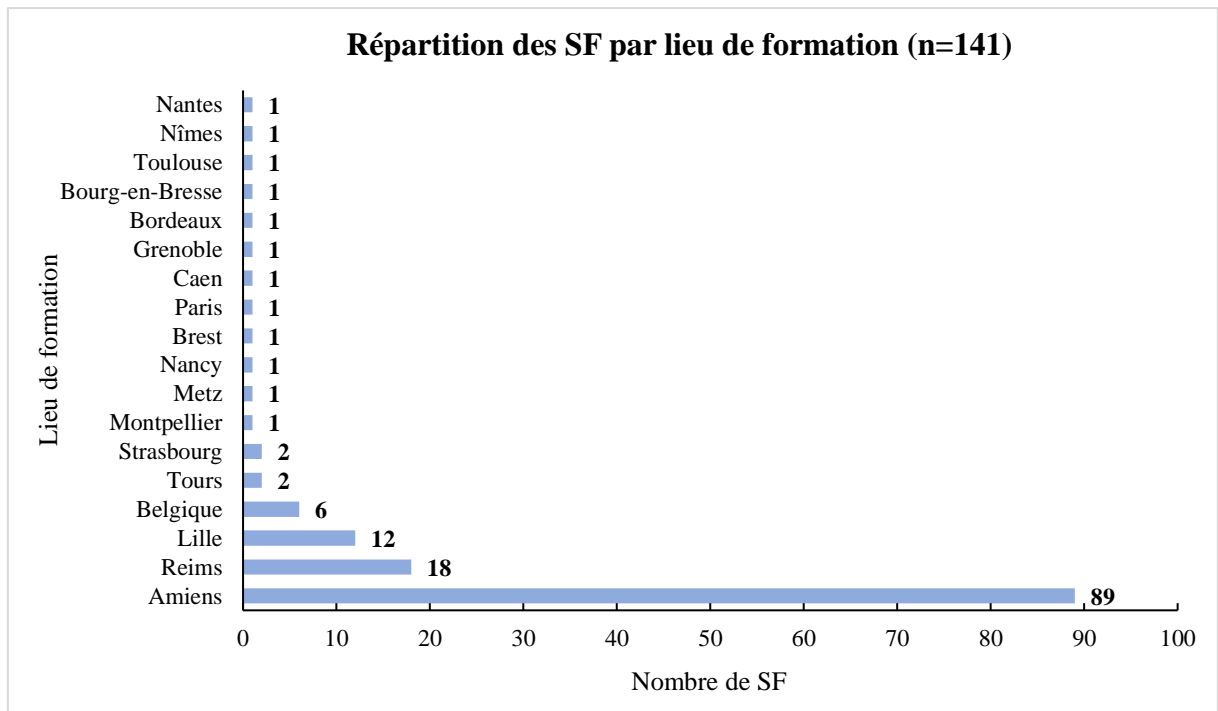


Figure 12 : **Lieux de formation initiale des SF de Picardie**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On remarque que la majorité des SF travaillant en Picardie a donc réalisé ses études dans la même région ou dans les écoles voisines : Reims, Lille et en Belgique.

- ***En quelle année avez-vous été diplômé ? (3)***

Il s'agit d'une question à réponse semi-ouverte.

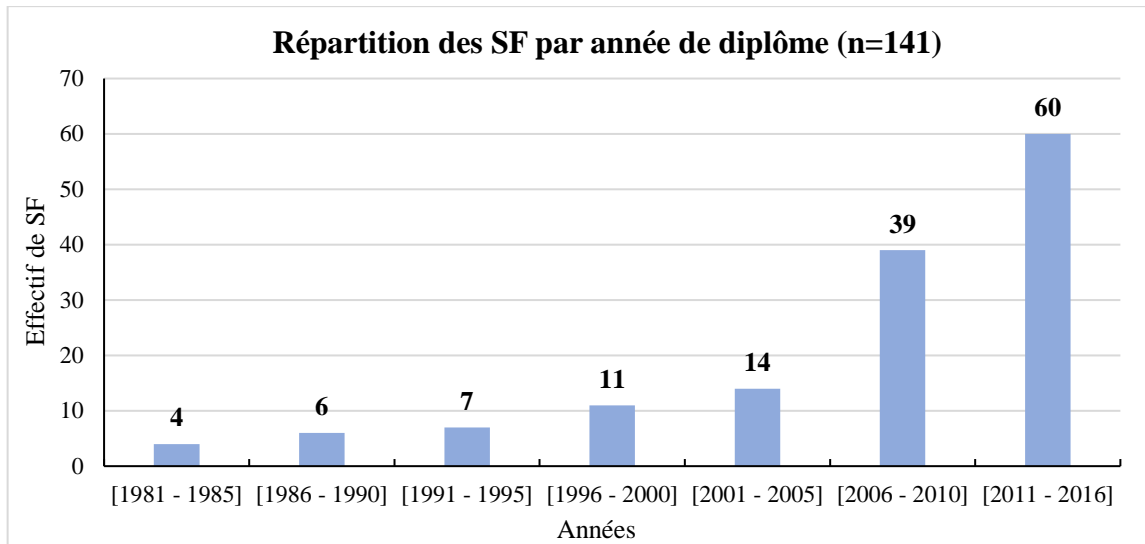


Figure 13 : Année d'obtention du diplôme

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

Le diplôme le plus ancien remonte à l'année 1981 et le plus récent date de juin 2016.

L'année moyenne d'obtention du diplôme est 2007 et la médiane est 2009.

Nous pouvons noter que 60 SF ont obtenu leur diplôme il y a moins de 5 ans et 39 l'ont obtenu entre 2006 et 2010. 70.21% des SF ayant répondu aux questionnaires ont donc moins de 10 ans d'expérience.

- *Connaissez-vous le contenu des recommandations du CNGOF pour la pratique des sutures ? (4)*

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses:

« Oui » et « Non ».

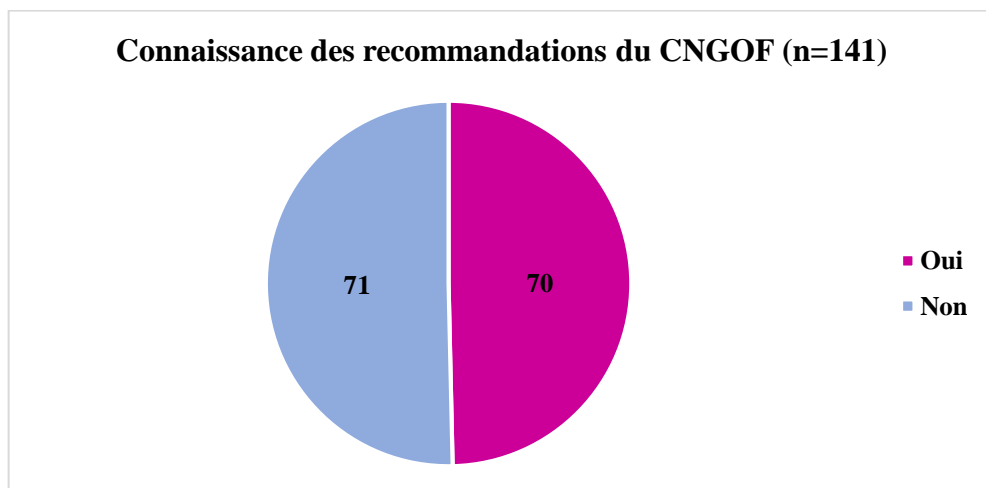


Figure 14 : Connaissance des recommandations du CNGOF pour la pratique des sutures

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On observe qu'une SF sur deux a connaissance du contenu des recommandations du CNGOF concernant la réfection des épisiotomies.

- **Connaissez-vous la technique de suture « un fil un nœud » ? (5)**

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non ».

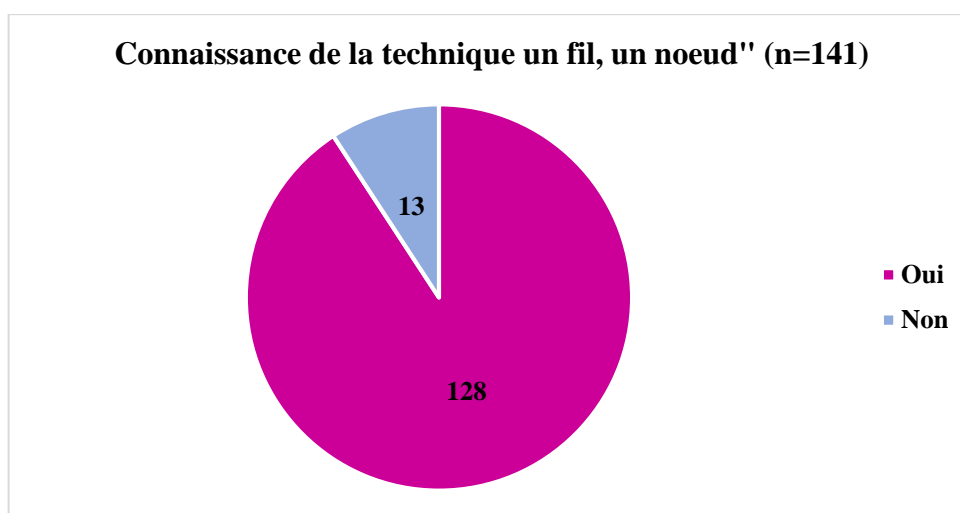


Figure 15 : Connaissance de la technique « un fil, un nœud »

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

128 SF (90,78%) estiment connaître la technique « un fil, un nœud ».

La question ci-dessous s'adressait aux 128 SF connaissant la technique « un fil, un nœud ».

- **Comment avez-vous eu connaissance de la technique de suture « un fil, un nœud » ? (6)**

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

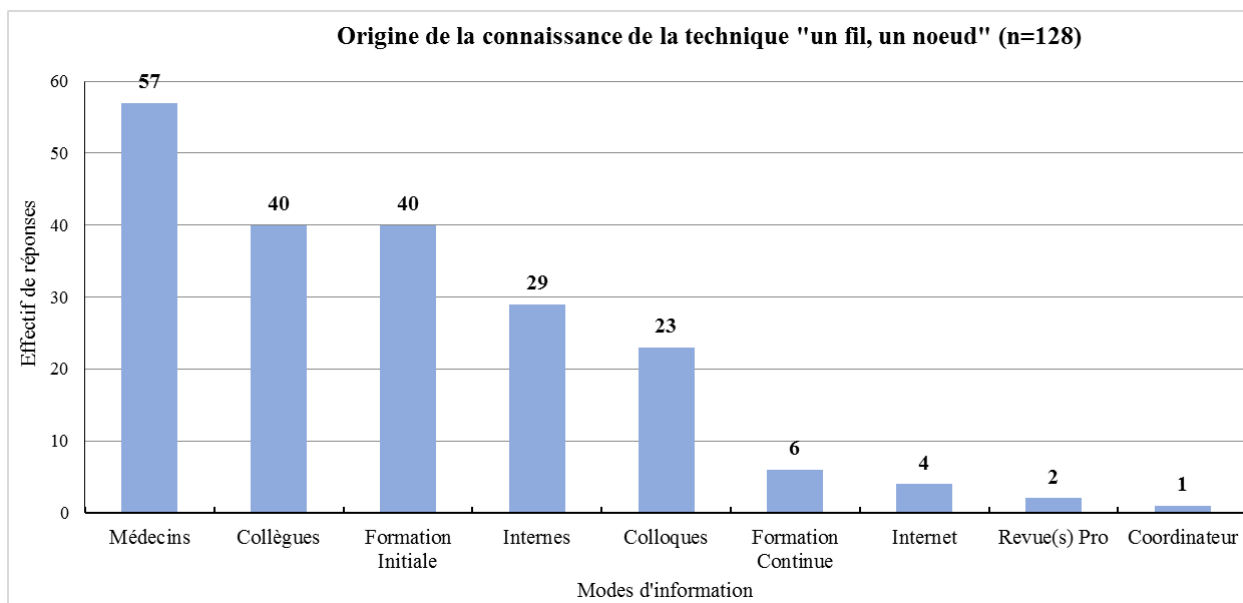


Figure 16 : **Origine de la connaissance de la technique « un fil, un nœud »**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On observe que la majeure partie des SF a connaissance de cette technique de suture par le biais des médecins, de leurs collègues SF ou de la formation initiale.

Concernant les colloques, les SF pouvaient préciser desquels ils s'agissaient. 16 SF sur 23 ont répondu à cette question. On retrouve essentiellement les assises (11 réponses), les journées des gynécologues de Champagne-Ardennes (4 réponses) puis les GYPOM (une réponse).

- ***Avantages des techniques « un fil, un nœud » et en 3 plans (7 et 9)***

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

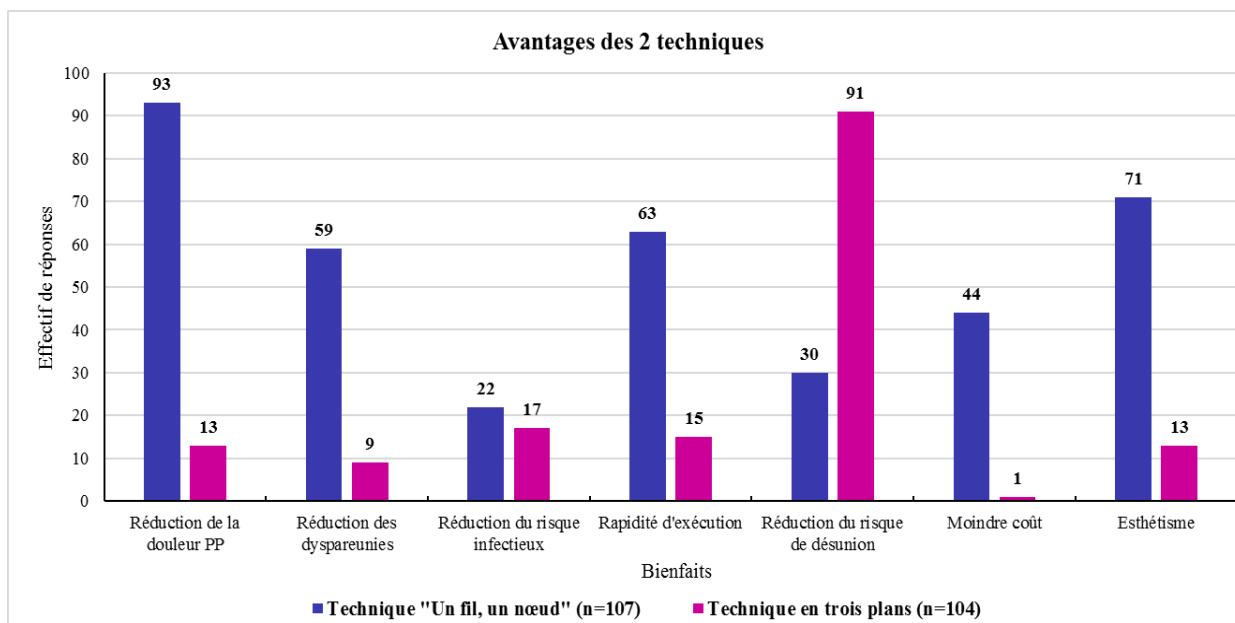


Figure 17 : **Avantages des techniques de suture en trois plans et « un fil, un nœud »**

Sur les 128 SF ayant connaissance de la technique « un fil, un nœud », 107 (83.59%) ont répondu en connaître les avantages. Les trois principaux bienfaits cités sont la réduction de la douleur en PP (93 réponses), l'esthétisme (71 réponses) et la rapidité d'exécution (63 réponses). Nous avons ensuite la réduction des dyspareunies, le moindre coût, la réduction du risque de désunion et du risque infectieux.

Concernant la connaissance des avantages de la technique en trois plans, 104 SF sur 141 (73.75%) estiment les connaître. Le principal bienfait désigné est la réduction du risque de désunion avec 91 réponses.

- ***Inconvénients des techniques « un fil, un nœud » et en 3 plans (8 et 10)***

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

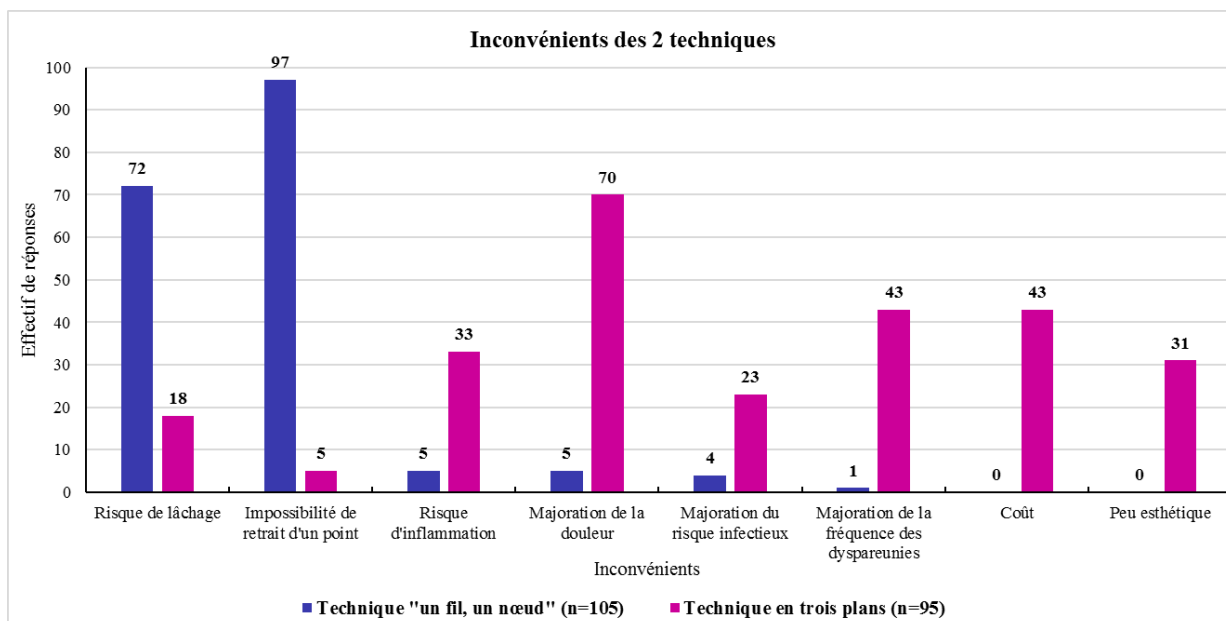


Figure 18 : **Inconvénients des techniques de suture en trois plans et « un fil, un nœud »**

Sur 128 SF ayant connaissance de la technique « un fil, un nœud », 105 (82.03%) estiment en connaître les inconvénients. Nous retrouvons majoritairement l'impossibilité de retirer un point (97 réponses) et le risque de lâchage (72 réponses).

En ce qui concerne les inconvénients de la technique en trois plans, 95 SF sur 141 (67.37%) considèrent les connaître. Nous retrouvons principalement la majoration de la douleur (70 réponses) puis la majoration de la fréquence des dyspareunies, le coût, suivi du risque inflammatoire et du côté peu esthétique.

- ***Par quels moyens obtenez-vous des informations concernant les recommandations pour la pratique clinique ? (11)***

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.



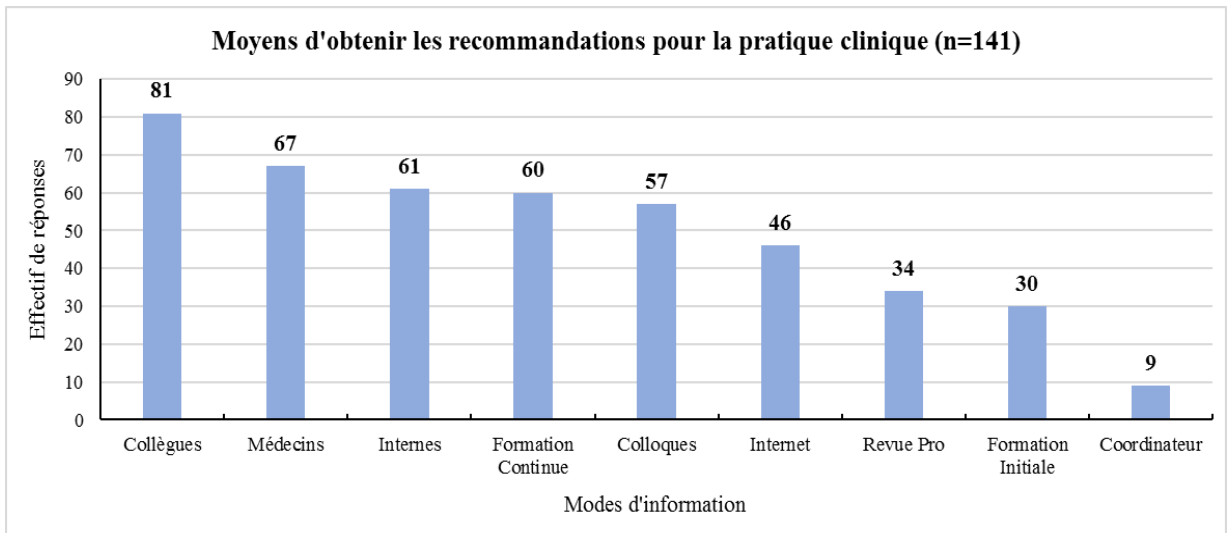


Figure 19 : Moyens d’obtenir les recommandations pour la pratique clinique

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On observe que la majeure partie des SF obtient les recommandations de bonnes pratiques par le biais de leur collègues SF, des médecins, des internes et par la formation continue.

Les 57 SF ayant cité les « colloques » ont précisé qu’ils s’agissaient des assises (17), des GYPOM (16), des journées du collège national des SF (9) et du réseau périnatal (4).

- *Souhaitez-vous avoir un protocole de service concernant la pratique des sutures dans votre service ? (12)*

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses:

« Oui » et « Non ».

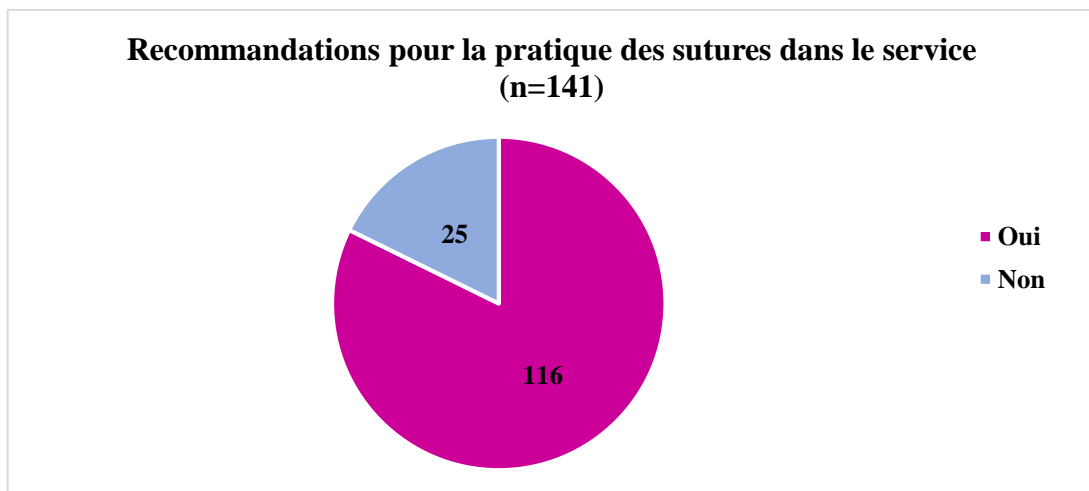


Figure 20 : Volonté des SF d’avoir des recommandations sur les sutures en salle de naissance

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

116 SF (82.26%) souhaiteraient avoir des recommandations concernant les sutures au sein de leur service.

- **Connaissance des recommandations et volonté d'un protocole de service**

Ce tableau croise les données des questions 4 et 12 afin d'analyser si la connaissance ou non des recommandations influence sur la volonté d'avoir un protocole de service concernant la réfection des épisiotomies.

**Tableau I : Connaissance des recommandations et volonté d'un protocole de service**

	SF souhaitant un protocole de service pour les sutures	SF ne souhaitant pas de protocole de service pour les sutures
SF connaissant les recommandations du CNGOF sur la réfection des épisiotomies	56	14
SF ne connaissant pas les recommandations du CNGOF sur la réfection des épisiotomies	60	11

On remarque que la connaissance ou non des recommandations n'influence pas les SF sur la volonté d'avoir un protocole de service puisque sur les 116 SF (82.26%) souhaitant en bénéficier, 56 contre 60 connaissent les recommandations.

- **Pratiquez-vous la technique de suture « un fil un nœud » ? (13)**

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non ».

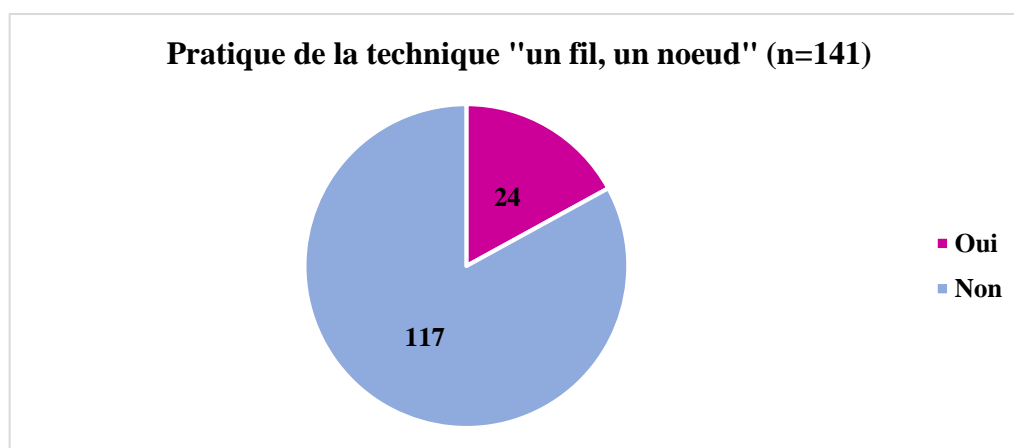


Figure 21 : Pratique de la technique « un fil, un nœud » chez les SF

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

117 SF (82.97%) ne pratiquent pas la technique de suture « un fil, un nœud ».

- ***Connaissance et pratique de la technique « un fil, un nœud »***

Ce tableau croise les données des questions 5 et 13 afin de confronter la connaissance à la pratique de la technique « un fil, un nœud ».

**Tableau II : Connaissance et pratique de la technique « un fil, un nœud »**

	SF pratiquant la technique	SF ne pratiquant pas la technique
Sages-femmes connaissant la technique	24	104
Sages-femmes ne connaissant pas la technique	0	13

Sur les 128 SF qui connaissent la technique « un fil, un nœud » seules 24 la pratiquent (18.75%).

## 5.2. TECHNIQUE « UN FIL, UN NŒUD » NON PRATIQUEE

Les questions suivantes étaient réservées aux 117 SF ne pratiquant pas la technique de suture « un fil, un nœud ». Elles permettaient d'évaluer leur point de vue et leur(s) appréhension(s) face à cette pratique.

- ***Avez-vous appris la technique de suture « un fil un nœud » : Pendant les études ? Au cours de votre exercice professionnel ? (14)***

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non » pour chacune des deux propositions.

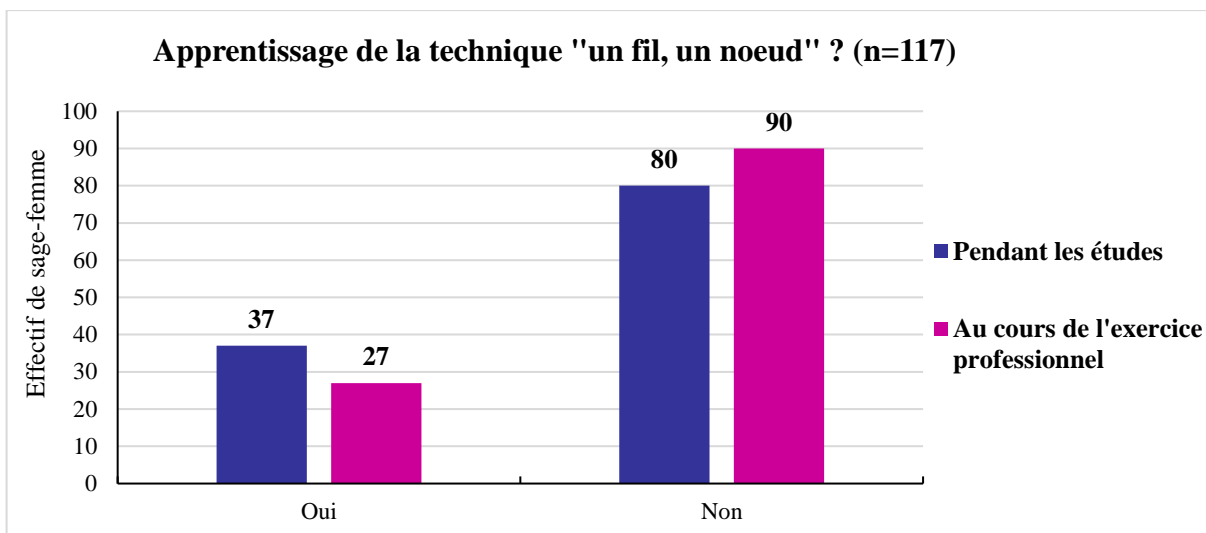


Figure 22 : **Origine de l'acquisition de la technique « un fil, un nœud »**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

La majorité des sages-femmes ne pratiquant pas la technique « un fil, un nœud » ne l'ont pas apprise, que ce soit en formation initiale (68.37%) ou continue (76.92%).

Cependant, on observe chez les SF l'ayant acquise, un taux plus élevé d'apprentissage en formation initiale (31.62%) qu'en formation continue (23.07%).

- ***Quel est votre point de vue sur cette pratique ? (15)***

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 5 types de réponses.

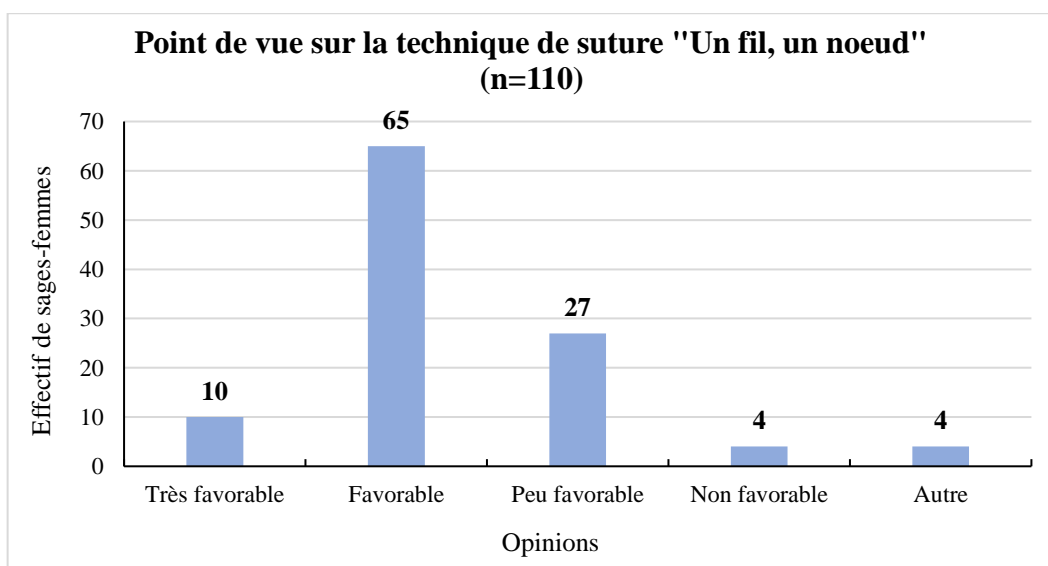


Figure 23 : **Point de vue sur la technique de suture « un fil, un nœud »**

Le taux de réponse à cette question est de 94,01 % (7 réponses nulles provenant des questionnaires papiers).

On remarque que 75 SF (68.18%) ne pratiquant pas cette technique y seraient favorables.

- ***Pratiquez-vous régulièrement le surjet intradermique pour la réfection du plan cutané ? (17)***

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non ».

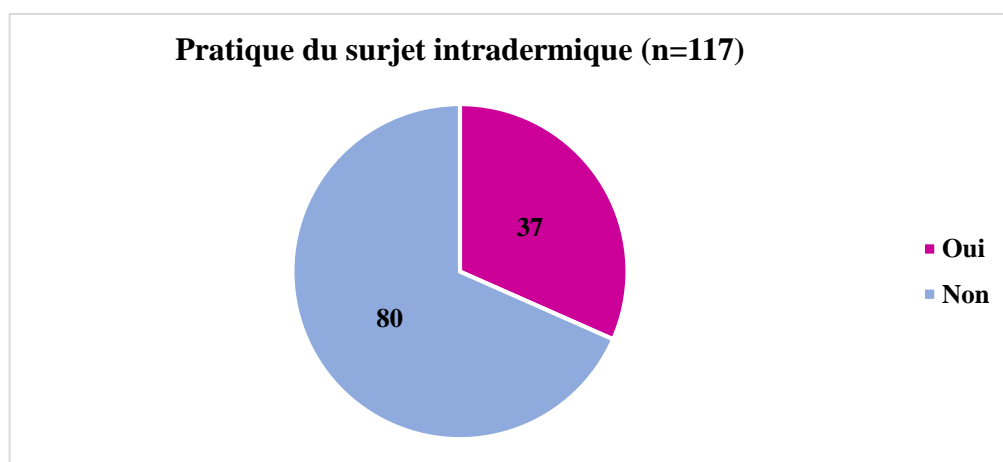


Figure 24 : **Pratique du surjet intradermique pour le plan cutané**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On observe que 80 SF (68.37%) ne pratiquent pas le surjet intradermique. Les raisons principales à cela sont une absence de formation (45 SF) et un oubli de la méthode (20 SF).

Pour les autres SF, 7 ne trouvent aucun intérêt à cette technique et 8 expriment un manque de pratique et de ce fait un temps de réalisation plus long.

- ***Aimeriez-vous avoir une formation pratique sur la technique « un fil, un nœud » ? (18)***

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non ».

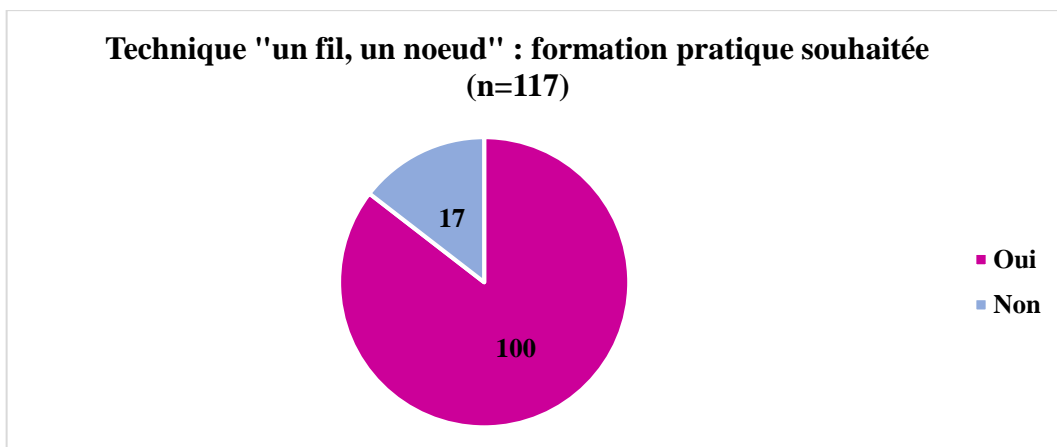


Figure 25 : **Formation pratique souhaitée sur la technique « un fil, un noeud »**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

100 SF (85.47%) souhaiteraient une formation pratique sur la technique « un fil, un noeud ».

Une question à choix multiples sur le type de formation désirée leur était posée. L'atelier, avec 89 réponses, est la forme la plus souhaitée. On retrouve ensuite le tutorat (51 réponses) puis le support vidéo (16 réponses).

- ***Cochez vos trois appréhensions principales face à la technique de suture « un fil, un noeud » ? (19)***

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

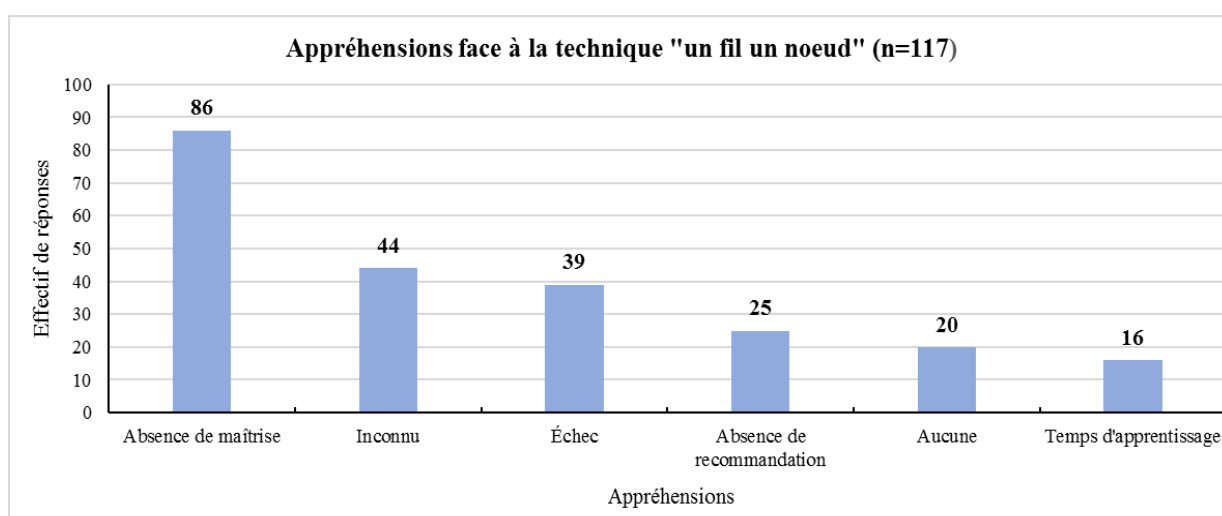


Figure 26 : **Principales appréhensions face à la technique « un fil, un noeud »**

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On remarque que les trois principales appréhensions sont l'absence de maîtrise (86 réponses), l'inconnu (44 réponses) et l'échec (39 réponses).

Le fait que certaines SF n'aient répondu « aucune appréhension » sous-entend qu'elles se verraient suturer selon cette technique mais ne le font pas par habitude.

### 5.3. PRATIQUE DE LA TECHNIQUE « UN FIL, UN NŒUD »

Les questions suivantes étaient réservées aux 24 SF pratiquant la technique « un fil, un nœud ». Elles permettaient d'évaluer ce qui a favorisé leur changement de pratique.

- ***Depuis quand pratiquez-vous la technique de suture « un fil, un nœud » ? (20)***  
Il s'agit d'une question à réponse semi-ouverte.

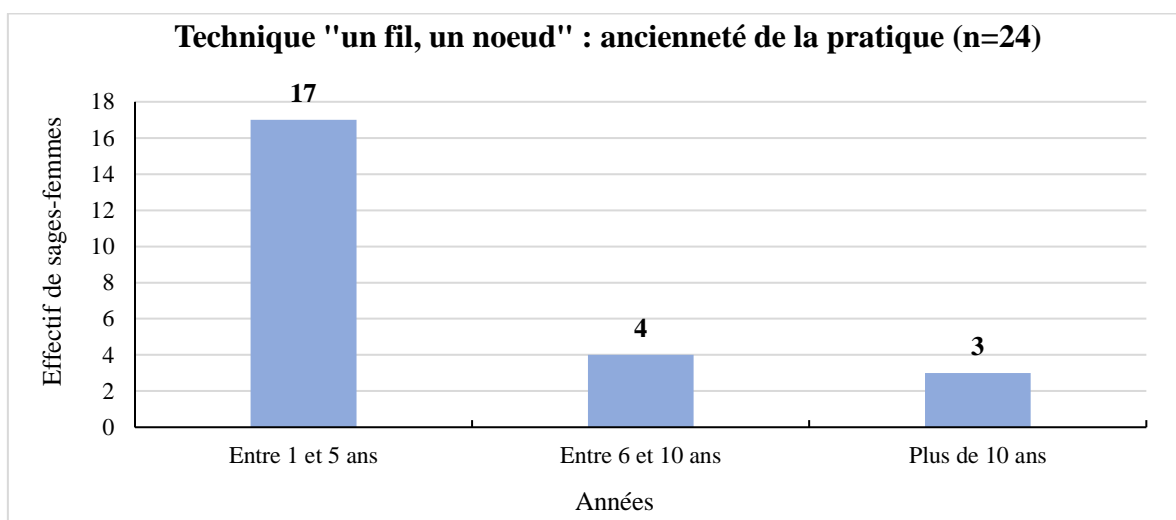


Figure 27 : Ancienneté de la pratique de la technique « un fil, un nœud »

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

Comme on peut le voir sur cet histogramme, la pratique de la technique « un fil, un nœud » chez les sages-femmes picardes est récente puisque 17 SF sur 24 la pratiquent depuis moins de 5 ans.

- ***Pratique de la technique « un fil, un nœud » et année de diplôme***

Ce graphique croise les données de deux questions (3 et 13) afin d'évaluer si un lien peut être établi entre la pratique de la technique « un fil, un nœud » et l'année de diplôme.

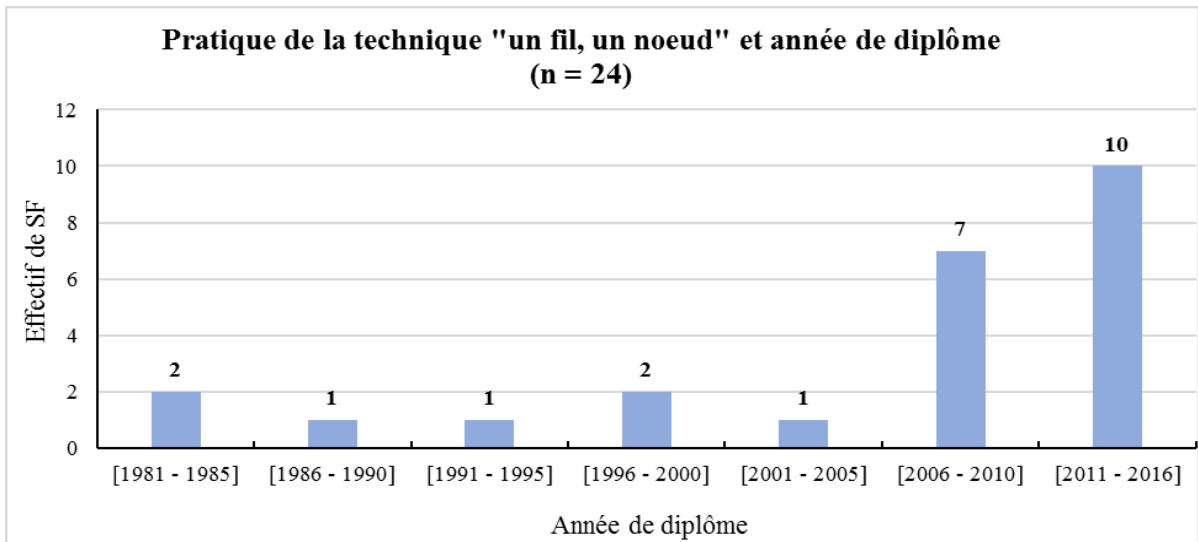


Figure 28 : Pratique de la technique « un fil, un nœud » et année de diplôme

On remarque que 17 des 24 SF pratiquant cette technique ont été diplômées entre 2006 et 2016 dont 10 entre 2011 et 2016.

Ce graphique est en lien avec la figure 27 : les 17 SF diplômées entre 2006 et 2016 pratiquent cette technique depuis 1 à 5 ans.

Ce sont donc les jeunes diplômées qui pratiquent davantage cette technique de suture.

- *Avez-vous appris la technique de suture « un fil, un nœud » : Pendant vos études ? Au cours de votre exercice professionnel ? (21)*

Pour cette question, les personnes interrogées avaient le choix entre 2 types de réponses: « Oui » et « Non » pour chacune des deux propositions.

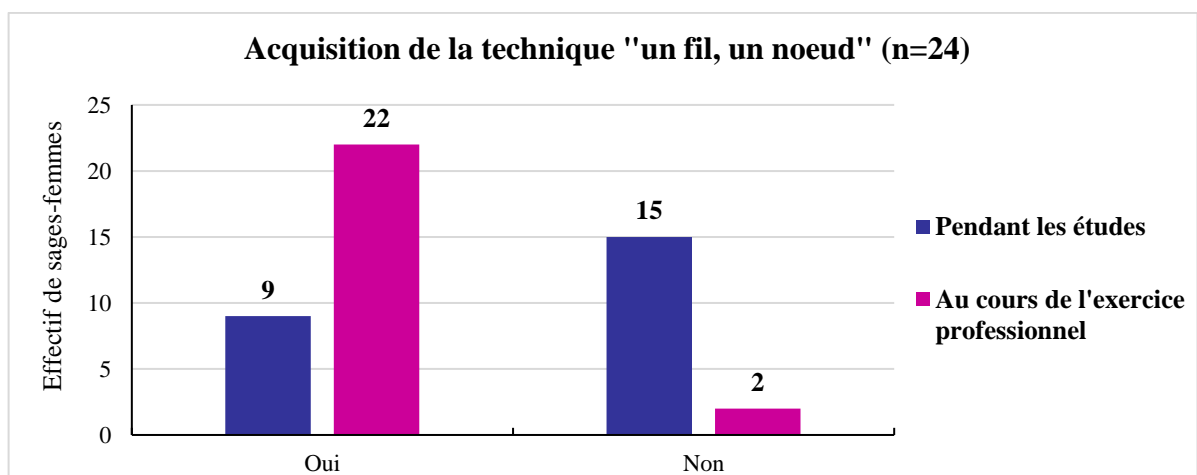


Figure 29 : Origine de l'acquisition de la technique « un fil, un nœud »



Le taux de réponse à cette question est de 100%.

On observe que les SF ont majoritairement acquis la technique « un fil, un nœud » au cours de leur exercice professionnel. En effet, 2 SF disent avoir appris cette technique uniquement en formation initiale et 7 estiment l'avoir acquise tant au cours de leur formation initiale que de leur exercice professionnel.

- ***Par quels moyens avez-vous appris à pratiquer cette technique ? (22)***

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

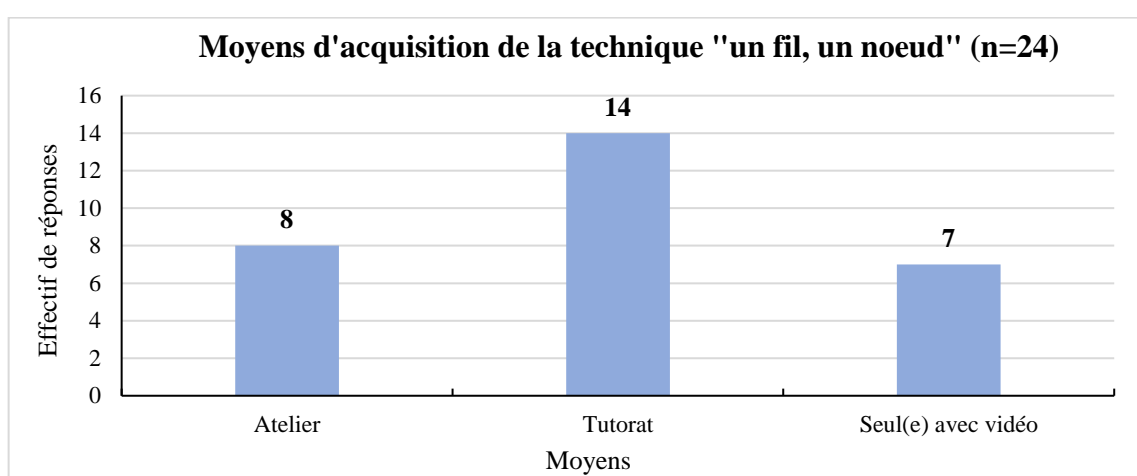


Figure 30 : Moyens d'acquisition de la technique « un fil, un nœud »

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

Les sages-femmes ont majoritairement appris cette technique sous forme de tutorat avec des internes, des médecins ou collègues en garde.

Cinq SF ont appris cette technique uniquement grâce à la vidéo du Docteur Théry visualisé à plusieurs reprises.

Huit SF l'ont acquis sous forme d'atelier : deux en formation initiale lors de TP, une aux assises nationales et cinq via une formation théorique et pratique animée par un médecin et/ou une sage-femme enseignante. Cet apprentissage, sous forme d'atelier, s'est fait essentiellement sur des vagins de truies.

- ***Pratique de la technique « un fil, un nœud » et lieu d'exercice***

Ce graphique croise les données de deux questions (1 et 13) afin d'évaluer si la pratique de la technique « un fil, un nœud » est fonction du lieu d'exercice.

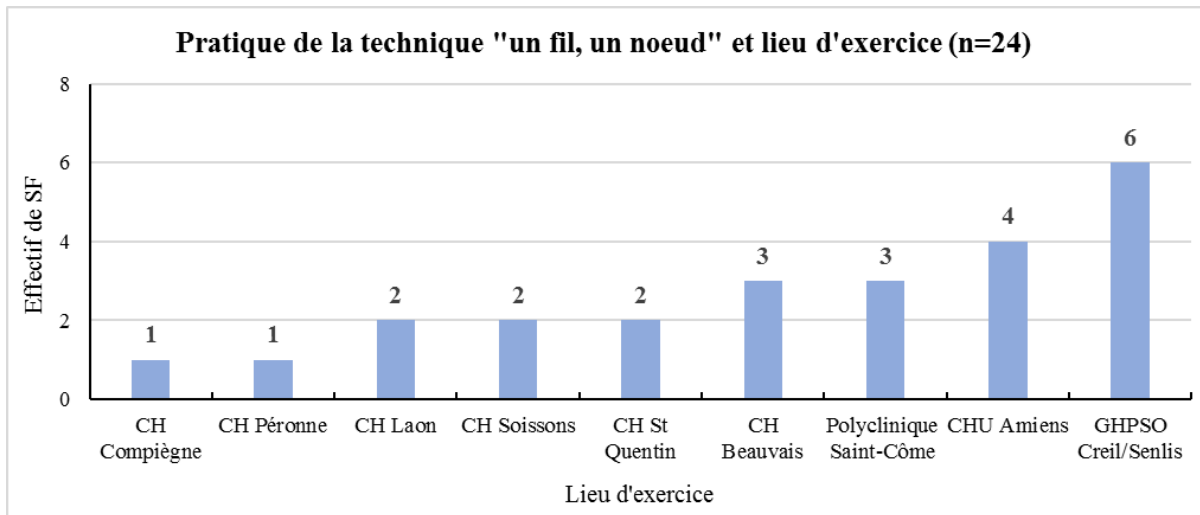


Figure 31 : Pratique de la technique « un fil, un nœud » et lieu d'exercice

Sur les 24 SF pratiquant cette technique, on en retrouve 1/4 exerçant au sein du GHPSO.

Le graphique ne nous permet pas d'affirmer que l'emploi de cette technique est fonction du lieu d'exercice puisque peu de SF la pratiquent au sein des différents établissements.

- *Cochez les trois arguments principaux qui ont favorisé votre changement de pratique. (24)*

Pour cette question, les SF avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses parmi celles proposées.

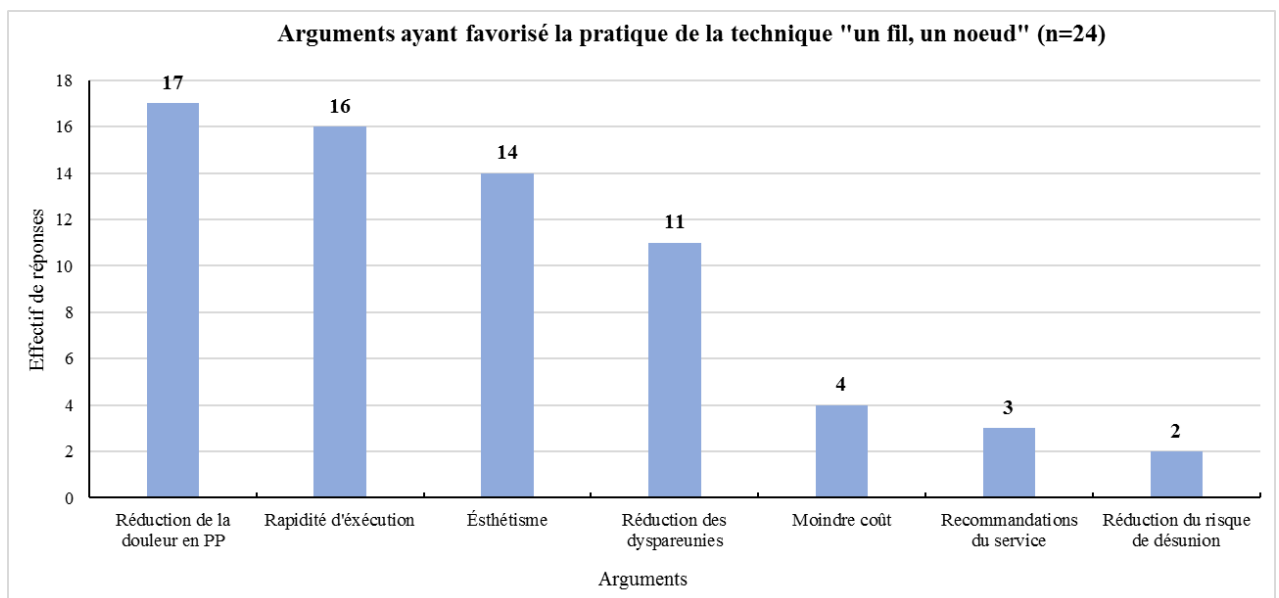


Figure 32 : Arguments ayant favorisé le changement de pratique chez les SF

Le taux de réponse à cette question est de 100%.

Les trois arguments principaux, ayant favorisé les SF à pratiquer cette technique, sont la réduction de la douleur en post-partum (17 réponses), la rapidité d'exécution (16 réponses) et l'esthétisme (14 réponses). Nous retrouvons ensuite la réduction des dyspareunies.

Au vu des résultats, les SF choisissent de pratiquer cette technique essentiellement dans l'intérêt du patient.

## **6. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE**

### **6.1. LIMITES**

Le fait que la population soit multicentrique a demandé de multiples relances et déplacements pour récupérer le maximum de questionnaires. Par manque de temps, les déplacements n'ont pas pu être réalisés de manière équitable dans les 16 maternités de Picardie.

Dans les établissements où le taux de retour, via le lien internet, était faible (Beauvais et Clermont), des questionnaires papiers ont été déposés début Janvier. Le délai entre le dépôt des questionnaires papiers et la fin de l'étude était trop court pour pouvoir sensibiliser l'ensemble des SF de ces maternités.

### **6.2. POINTS FORTS**

Le fait que ce soit une étude multi-centrique a permis d'éviter les biais de recueil.

Le taux de retour montre que ce sujet a dans l'ensemble intéressé les sages-femmes (1 sur 2 a répondu au questionnaire). De plus, de nombreuses SF ont fait part de l'intérêt qu'elles portaient à notre étude.

En adressant le questionnaire début octobre, nous avons eu le temps de solliciter (durant 4 mois) les sages-femmes et de les relancer si besoin.

Le questionnaire internet était facile d'accès et encore plus rapide à réaliser que sur papier. Cependant, je me suis adaptée en fonction des maternités en diffusant des questionnaires papiers en cas d'impossibilité pour les SF de répondre via le lien. Ainsi, aucune sage-femme n'a été exclue de l'étude.

La présence de questions semi-ouvertes a permis aux SF d'étayer leurs réponses.

Mon étude pourrait permettre de mettre en place des formations de suture notamment au centre de pédagogie active multidisciplinaire (SimUSanté) du CHU d'Amiens. Elle pourrait éventuellement conduire à établir un protocole de service concernant la réfection de l'épisiotomie ; un protocole qui répondrait aux recommandations du CNGOF.

## **7. ANALYSE ET DISCUSSION**

L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des techniques adoptées en matière de sutures chez les sages-femmes et de relever les freins et motivations au changement de pratique des professionnels.

### **7.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES**

#### **7.1.1. Hypothèse principale**

L'hypothèse principale qui suppose que les sages-femmes de Picardie connaissent les deux techniques de suture mais pratiquent la technique de réfection en trois plans qui est enseignée en formation initiale est vérifiée.

En effet, 128 SF sur 141 (90.78%) connaissent la technique « un fil, un nœud ». En revanche, seulement 24 SF (17.02%) pratiquent cette technique.

Il est à noter que sur les 128 SF estimant la connaître, 107 (83.59%) ont répondu en connaître les avantages et 105 (82.03%) les inconvénients. Concernant la technique en trois plans qui est la plus courante, on constate que 104 SF (73.75%) ont estimé en connaître les avantages et 95 (67.37%) les inconvénients. On s'attendrait à ce que les 141 SF de l'étude en connaissent les avantages et inconvénients puisqu'elle est enseignée en formation initiale et pratiquée par l'ensemble des SF. Cela signifierait-il que les SF pratiquent cette technique par habitude ?

Sur la population totale, 46 SF sur 141 (32.62%) ont appris la technique « un fil, un nœud » en formation initiale dont deux la pratiquent et 49 SF l'ont apprise au cours de leur exercice professionnel dont 22 la pratiquent.

On remarque donc que les SF pratiquant la technique « un fil, un nœud » ont majoritairement été formées au cours de leur exercice professionnel et principalement sous forme de tutorat/compagnonnage.

### 7.1.2. Hypothèses secondaires

L'hypothèse secondaire qui admet que les freins à la pratique de la technique « un fil, un nœud » sont principalement la méconnaissance et l'absence de maîtrise est vérifiée.

En effet, les trois principales appréhensions résultant de l'étude sont l'absence de maîtrise (73.5%), l'inconnu (37.6%) et l'échec (33.3%). Les SF ont donc une certaine appréhension au changement qui se traduit par ce besoin important de maîtriser une méthode de suture pour l'adopter.

L'hypothèse secondaire qui suppose que les motivations à la pratique de la technique « un fil, un nœud » sont principalement la diminution des douleurs en PP et l'esthétisme est vérifiée. Effectivement, les trois principaux arguments ayant favorisés les SF au changement de technique de suture sont la réduction de la douleur en PP (17 réponses sur 24), la rapidité d'exécution (16 réponses) et l'esthétisme (14 réponses).

Ces deux hypothèses nous conduisent à la même conclusion : les SF choisissent leur technique dans l'intérêt de la patiente et d'elles-mêmes.

La dernière hypothèse secondaire qui présume que la majorité des SF souhaite bénéficier d'une formation pratique sur la technique « un fil, un nœud » sous forme d'atelier est vérifiée. En effet, 100 SF ne pratiquant pas cette suture aimeraient avoir une formation sur cette dernière dont 89 souhaiteraient qu'elle se déroule sous forme d'atelier.

On peut s'étonner du nombre de SF souhaitant bénéficier d'une formation pratique à ce sujet puisqu'elles n'étaient que 75 à répondre « favorable » à cette technique. Cela montre que les SF ne sont pas hostiles à suivre des formations ayant pour but d'améliorer leur pratique professionnelle.

## 7.2. DISCUSSION

Cette étude montre que la technique « un fil, un noeud » est très peu pratiquée par les SF de Picardie (17.05%) Chez les 24 SF la pratiquant, 17 SF diplômées entre 2006 et 2016 l'exercent depuis 1 à 5 ans.

Bien que 90.78% des SF connaissent cette technique, une SF sur deux n'a pas connaissance de l'existence de recommandations pour la pratique clinique à ce sujet.

Nous allons étayer ci-dessous, les conclusions que l'on peut dégager de l'analyse des résultats.

### 7.2.1. La méconnaissance

Nous avons pu constater, qu'au sein d'un même service, les SF donnent des réponses différentes quant à la pratique de la technique « un fil, un noeud » par leurs collègues (SF, médecin, interne). Cela provient-il d'un défaut de communication ou d'un désintérêt face aux pratiques des autres professionnels ? Pourtant, le moyen d'acquisition de cette technique chez les SF la pratiquant est majoritairement le tutorat / compagnonnage avec des SF, médecins ou internes de leur lieu d'exercice.

L'harmonisation des pratiques au sein d'un service est naturellement en lien avec une concertation de tous les professionnels. Actuellement, l'emploi de cette technique provient d'une démarche personnelle puisque rien n'oblige les SF à suturer comme tel. En effet, après avoir questionné les 16 coordinatrices en maïeutique des SDN de Picardie, aucune maternité ne dispose d'un protocole de service concernant la réfection des épisiotomies. Les SF sont libres de suturer comme elles le souhaitent.

Un protocole de service sur les techniques de réfection d'épisiotomie permettrait de participer à la cohésion du service en levant certaines appréhensions au changement de pratique comme l'absence de recommandations, l'inconnu et l'échec.

Néanmoins, il reste préférable que l'opérateur détermine sa technique de suture selon certains critères, tels que son expérience, ses habitudes, ses résultats antérieurs mais aussi le type de tissu à suturer. De manière générale, il est conseillé de pratiquer une technique que l'on maîtrise.

### 7.2.2. Le besoin de formation

L'apprentissage de la réfection de l'épisiotomie est essentiellement acquis sur le terrain. En effet, les travaux pratiques dispensés lors des études de maïeutique nous inculquent les principes fondamentaux, nous familiarisent avec le matériel. C'est une première approche. Néanmoins, la dextérité du geste s'assimile sur le terrain de stage en situation réelle.

Au cours de nos études, nous réalisons aux alentours de 30 semaines en salle de naissance ; nous sommes donc amenés à pratiquer des sutures, plus régulièrement sur des déchirures que des épisiotomies du fait de la politique restrictive des établissements face à ces dernières. Cependant, malgré ces nombreuses gardes en salle, les étudiants sages-femmes de dernières années d'Amiens évoquent, à l'unanimité, un manque de pratique au cours de leurs stages ; manque de pratique qui ne leur permet pas d'appréhender sereinement les sutures en sortie d'école.

L'exercice professionnel quotidien amène toute sage-femme à constater, dans sa pratique, de possibles carences de sa formation initiale, en particulier au regard de l'évolution rapide des connaissances, des techniques et des changements législatifs.

Nous avons remarqué que les principales inquiétudes des SF quant au changement de pratique étaient l'absence de maîtrise, l'inconnu, l'échec et l'absence de recommandation. De plus, nous pouvons supposer que la méconnaissance du surjet intradermique est elle aussi un frein. En effet, il est peu pratiqué (31.62%) chez les SF suturant en trois plans ; la raison principale à cela étant majoritairement l'absence de formation.

Afin de répondre à ces appréhensions, il serait judicieux que chaque service puisse encourager ses professionnels de santé à une formation sur la technique « un fil, un nœud ». Il faut cependant admettre que l'accès aux formations continues est de plus en plus difficile compte tenu de la contrainte économique qui pèse sur les établissements de santé et les budgets de formation.

Et pourtant, depuis le décret du 30 décembre 2011, le développement professionnel continu est devenu une obligation annuelle ; les SF ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ainsi que d'analyser et d'actualiser leurs pratiques [17] [18].

Il aurait d'ailleurs été intéressant dans mon questionnaire d'interroger les SF sur l'évaluation de leurs sutures en PP. En effet, elles optent pour une technique de suture mais évaluent rarement leur pratique dans le PP par manque de temps du fait de gardes chargées et de séjours courts en suites de couches. Pourtant il faut avoir à l'esprit que l'optimisation de nos pratiques

est fonction de l'évaluation individuelle et personnelle de nos gestes comme le recommande le code de déontologie.

L'apprentissage de la réparation de l'épisiotomie est globalement fondé sur le volontariat et le compagnonnage sur le terrain entre SF ou SF-médecin.

Nous retrouvons aussi l'apprentissage personnel grâce à la vidéo du Docteur Théry sur la technique « un fil, un nœud » que l'on retrouve sur internet.

D'autre part, il est proposé chaque année des formations sur les sutures périnéales ; les assises nationales des SF proposent fréquemment des ateliers à l'aide de diaporama et de travaux pratiques.

En mai 2014, l'école de SF du CHRU de Lille proposait une formation continue sur la technique « un fil, un nœud ».

Cette année, aux GYPOM, un atelier « Réparation épisiotomies-déchirures » animés par Emmanuel Closset (Gynécologue-Obstétricien au CH de Saint-Quentin) et Marie-Agnès Poulain (Coordinatrice en maïeutique de l'école de SF d'Amiens) est proposé aux SF et médecins [19]. Pour les SF, la technique « un fil, un nœud » est remise à niveau ; pour les médecins, l'atelier est plutôt orienté vers la réparation des déchirures du sphincter anal. Cela se fait sur des périnées de truie [informations données par Madame POULAIN].

L'offre de formation continue est donc présente mais reste limitée puisque peu de dates sont proposées pour chaque formation ce qui rend difficile la disponibilité des SF. De plus, ces formations sont limitées à des groupes de 20 personnes car elles nécessitent du matériel.

De ce fait, une nouvelle technique d'enseignement basée sur la simulation sur mannequin pourrait être une alternative prometteuse.

La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » [20].

Au CHU d'Amiens, le centre de pédagogie active et simulation en santé (SimUSanté) qui a ouvert en 2016 est dédié à la recherche, à la formation initiale et continue.

Ce centre pourrait permettre de former les ESF et SF aux différentes techniques de suture et notamment à la technique « un fil, un nœud », peu rencontrée sur les terrains de stage ; cela dans l'objectif d'améliorer les pratiques de santé des professionnels.



## CONCLUSION

La réfection de l'épisiotomie relève des compétences propres de la sage-femme. Différentes techniques de suture existent, il est donc important de connaître leurs caractéristiques afin de choisir pour chaque lésion périnéale, pour chaque femme, la plus adaptée. Cependant, d'après les connaissances actuelles et les recommandations du CNGOF de 2005 basées sur de nombreuses études, il semble juste de dire que la technique « un fil, un nœud » apparaît comme la meilleure technique de suture à court terme. Nous retrouvons moins de déhiscence, moins de douleurs et une plus grande satisfaction chez les patientes. Elle permet de réduire les dyspareunies, mais davantage par le surjet intradermique qui la termine que par le surjet continu qui en est la base.

Cette enquête, réalisée auprès de 141 sages-femmes exerçant en salle de naissance en Picardie, a permis d'établir un état des lieux de la pratique de la technique « un fil, un nœud » mais aussi de dégager les motivations et freins au changement. Malgré un taux faible de sages-femmes réalisant le surjet continu, une majorité souhaiterait être formée à cette technique de suture.

La formation continue est un outil intéressant et accessible à l'ensemble des professionnels de santé pour s'adapter aux nouvelles recommandations et compléter ainsi leur formation initiale. Dans le cadre de l'obligation annuelle de formation continue une demi-journée à une journée de formation au SimUSanté sur la réfection de l'épisiotomie et notamment la technique « un fil, un nœud » pourrait être proposée chaque année aux sages-femmes de la région. Cela permettrait aux professionnels volontaires d'être formés, tant sur le plan pratique que théorique, afin de pouvoir, toutes clefs en main, choisir la technique la plus adaptée en fonction de la situation, toujours dans cet objectif de prise en charge optimale de nos patientes.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] CNGOF. Recommandations pour la pratique médicale. L'épisiotomie [en ligne]. 2005. Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM) (consulté le 20 juin 2016).

[2] LEGIFRANCE. Code de la santé publique. Article R4127-318 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019412438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110528&oldAction=rechCodeArticle> (consulté le 21 décembre 2016)

[3] CHUILON A-L. Variabilité de la pratique de l'épisiotomie en France. *Collège National des Sages-Femmes de France* [en ligne]. Février 2016, p. 100-102. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/BB618E42-D413-E305-DA376C01E2EFCCC1.pdf> (consulté le 20 juin 2016)

[4] LANGER B., MINETTI A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, vol 35 (suppl. au n° 1), p. 1S59-1S67.

[5] BLONDEL B., LELONG N., KERMARREC M., GOFFINET F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [en ligne]. Avril 2012, vol.41, n° 2, p. 151-166. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/703520> (consulté le 3 février 2016)

[6] BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. *Ministère des Affaires sociales et de la Santé* [en ligne]. Mai 2011, p31. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (consulté le 3 février 2016)

[7] MANGIN M., RAMANAH R., AOUAR Z., et alii. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres

hospitalo-universitaires. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [en ligne]. Avril 2010, vol. 39, n° 2, p. 121-132. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/247073> (consulté le 20 février 2016)

[8] VASQUEZ M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*. p. 13-15, 19-20. Mémoire : Obstétrique : Nancy I : 2008.

[9] B. BRAUN. Précis de chordologie. p. 34-44

[10] ESNAULT C. *Evaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. Etude prospective à propos de 133 questionnaires*. p. 11-13. Mémoire : Obstétrique : Rouen : 2014.

[11] THERY G., DEKINDT C., CAUTE D., DALLAY D. L'épisiotomie à un fil, Université de Bordeaux, 1999 [en ligne]. Disponible sur : [http://www.canalu.tv/video/universite\\_de\\_bordeaux/l\\_episiotomie\\_a\\_un\\_fil.3263](http://www.canalu.tv/video/universite_de_bordeaux/l_episiotomie_a_un_fil.3263) (consulté le 12 février 2016).

[12] VASQUEZ M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. *Vocation Sage-femme*, Avril 2009, n°71, p. 22-25.

[13] FARUEL-FOSSE H. Recommandations pour la pratique clinique. Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, vol 35 (suppl. au n° 1), p. 1S52-1S58.

[14] VERSPYCK E., SENTILHES L., ROMAN H., *et alii*. Recommandations pour la pratique clinique. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, vol 35 (suppl. au n° 1), p. 1S40-1S51.

[15] PIERRE A. *L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette compétence. Etude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France* [en ligne]. p. 54-61. Mémoire : Obstétrique : Nancy I : 2011. Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_MESF\\_2011\\_PIERRE\\_ANAIS.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_PIERRE_ANAIS.pdf) (consulté le 5 février)

[16] PONTE C., NGUYEN F., POULAIN M-A. L'obligation de formation continue pour la sage-femme. *50 questions sur le métier de sage-femme*. 2<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, p. 69.

[17] ORDRE DES SAGES-FEMMES. La formation continue : le DPC [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/> (consulté le 20 Janvier 2017).

[18] CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES. Article R.4127-304 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf> (consulté le 12 février 2016).

[19] GYPOM. Programme scientifique, 17<sup>èmes</sup> journées de gynécologie, de pédiatrie néonatale, d'obstétrique et de médecine prénatale [en ligne]. Disponible sur : <http://www.jpcom.fr/share/File/Gypom2017.pdf> (consulté le 2 mars 2017)

[20] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Simulation en santé [en ligne]. Juillet 2015. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante) (consulté le 5 mars 2017).

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe I : Tampon de suture .....	50
Annexe II : Questionnaire du mémoire .....	51
Annexe III : Mail explicatif envoyé aux coordinateurs en maïeutique .....	55
Annexe IV : Lettre explicative accompagnant les questionnaires papiers .....	56

## ANNEXE I : Tampon de suture



Ces tampons de suture proviennent de chez Médicaem et sont destinés à la formation d'un large éventail de techniques de sutures et d'incisions, ainsi qu'à l'ablation des fils et agrafes. Ce tampon se place sur un cadre support permettant de le positionner sur une table. [Information donnée par Madame POULAIN, coordinatrice en maïeutique de l'école de sage-femme d'Amiens].

## ANNEXE II : Questionnaire de mémoire

### Questionnaire : Techniques de suture des sages-femmes de Picardie.

Madame, Monsieur,

Je suis Clémence Gauchin étudiante en Sma5 à l'école de sage-femme d'Amiens. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème suivant : « Les techniques de réfection d'épisiotomie chez les sages-femmes de Picardie ».

Ce travail de recherche est effectué en accord avec Pascale Daune, sage-femme enseignante et Odile Gagneur, directrice de ce mémoire.

Par ce questionnaire, s'adressant aux sages-femmes exerçant en SALLE DE NAISSANCE, je sollicite votre collaboration afin de pouvoir réaliser mon étude.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon mémoire.

Je vous adresse mes salutations distinguées.

Clémence Gauchin

#### Partie I : Généralités

1. Où exercez-vous ? (*ex* : CHU Amiens).....
2. Où avez-vous réalisé vos études de sage-femme ? .....
3. En quelle année avez-vous été diplômé ? .....
4. Connaissez-vous le contenu des recommandations du CNGOF pour la pratique des sutures ?  
 Oui  Non
5. Connaissez-vous la technique de suture « un fil un nœud » ?  
 Oui  Non

*Si vous avez répondu « non » à la question précédente, passez directement à la question 9.*

6. Comment avez-vous eu connaissance de la technique de suture « un fil, un nœud » ?
  - Par vos collègues sages-femmes
  - Par des médecins
  - Par des internes
  - Par votre coordinateur en maïeutique
  - Par la formation initiale (à l'école)
  - Par la formation continue (DPC)
  - Par la participation à des colloques (assises, journées post universitaire...)
  - Par un abonnement à une revue professionnelle
  - Par internet
  - Autre : .....

Si participation à des colloques, veuillez préciser le(s) quel(s) :.....
7. Connaissez-vous les **avantages** de cette technique « un fil un nœud » ?  
 Oui  Non

Si **oui**, cochez les réponses qui vous semblent les plus appropriées :

- Réduction de la douleur en post partum
- Réduction des dyspareunies
- Réduction du risque d'infection
- Rapidité d'exécution
- Réduction du risque de désunion de la cicatrice
- Moindre coût
- Esthétisme

8. Connaissez-vous les **inconconvénients** de cette technique « un fil un nœud » ?

- Oui  Non

Si **oui**, cochez les réponses qui vous semblent les plus appropriées :

- Risque de lâchage de la suture si le nœud n'est pas correctement réalisé
- Impossibilité de retrait d'un point
- Risque d'inflammation
- Majoration de la douleur
- Majoration du risque d'infection
- Majoration de la fréquence des dyspareunies
- Coût
- Peu esthétique

9. Connaissez-vous les **avantages** de la technique en « trois plans » ?

- Oui  Non

Si **oui**, cochez les réponses qui vous semblent les plus appropriées :

- Réduction de la douleur en post-partum
- Réduction des dyspareunies
- Réduction du risque d'infection
- Rapidité d'exécution
- Réduction du risque de désunion de la cicatrice
- Moindre coût
- Esthétisme

10. Connaissez-vous les **inconconvénients** de la technique de suture en « trois plans » ?

- Oui  Non

Si **oui**, cochez les réponses qui vous semblent les plus appropriées :

- Risque de lâchage de la suture si le nœud n'est pas correctement réalisé
- Impossibilité de retrait d'un point
- Risque d'inflammation
- Majoration de la douleur
- Majoration du risque d'infection
- Majoration de la fréquence des dyspareunies
- Coût
- Peu esthétique

11. Par quels moyens obtenez-vous des informations concernant les recommandations pour la pratique clinique ?

- Par vos collègues sages-femmes
- Par des médecins
- Par des internes
- Par votre coordinateur en maïeutique
- Par la formation initiale (à l'école)
- Par la formation continue (DPC)
- Par la participation à des colloques (assises, journées post universitaire...)



- Par un abonnement à une revue professionnelle
- Sur internet
- Autre : .....

Si participation à des colloques, veuillez préciser le(s) quel(s) : .....

12. Souhaiteriez-vous avoir un protocole de service sur la réfection des épisiotomies dans votre service ?
- Oui                       Non
13. Pratiquez- vous la technique de suture « un fil un nœud » ?
- Oui                       Non

*Si vous avez répondu « **Oui** » à la question précédente, veuillez s'il vous plait passez directement à la question 20.*

## **Partie II : SF ne pratiquant pas la technique « un fil, un nœud »**

*Partie réservée uniquement aux sages-femmes ayant répondu « **NON** » à la question 13.*

14. Avez-vous appris la technique de suture « un fil un nœud » ?
- Pendant vos études :  Oui       Non
  - Au cours de votre exercice professionnel :  Oui       Non
15. Quel est votre point de vue sur cette pratique ?
- Très favorable
  - Favorable
  - Peu favorable
  - Non favorable
  - Autre :.....
16. La technique de suture « un fil un nœud » est-elle pratiquée au sein de votre service par :
- Les sages-femmes :  Oui       Non
  - Les médecins :  Oui       Non
  - Les internes :  Oui       Non
17. Pratiquez-vous régulièrement le surjet intradermique pour la réfection du plan cutané ?
- Oui                       Non

Si **non**, quels sont vos raisons :

- Absence de formation
- Méthode oubliée
- Aucun intérêt retrouvé
- Autre :.....

18. Aimeriez-vous avoir une formation pratique sur la technique « un fil, un nœud » ?
- Oui                       Non

Si oui, sous quelle forme :

- Atelier (en petit groupe)
- Tutorat (par une sage-femme, un médecin ou un interne)
- Seul(e) grâce à un support vidéo
- Autre :.....

19. Cochez vos trois appréhensions principales face à la technique de suture « un fil, un nœud » ?

- L'inconnu
- L'échec
- L'absence de maîtrise de cette technique
- L'absence de recommandation dans le service
- Le temps d'apprentissage de la méthode
- Aucune
- Autre :.....

Fin du questionnaire pour les personnes ayant répondu NON à la question 13.  
Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

**Partie III : SF pratiquant la technique « un fil, un nœud »**

*Partie réservée uniquement aux sages-femmes ayant répondu « OUI » à la question 13.*

20. Depuis quand pratiquez-vous la technique de suture « un fil, un nœud » ? (*ex : 1 an*)

.....

21. Avez-vous appris à pratiquer la technique de suture « un fil un nœud » ?

- Pendant vos études :  Oui     Non
- Au cours de votre exercice professionnel :  Oui     Non

22. Par quels moyens avez-vous appris à pratiquer cette technique ?

- Atelier
- Tutorat (par une sage-femme, un médecin ou un interne)
- Seul(e) par support vidéo
- Autre

Pouvez-vous préciser ? (Où, avec qui, comment ?) :.....

23. La technique de suture « un fil un nœud » est-elle pratiquée au sein de votre service par :

- Les sages-femmes :  Oui     Non
- Les médecins :  Oui     Non
- Les internes :  Oui     Non

24. Cochez les arguments qui ont favorisé votre changement de pratique :

- Réduction de la douleur en post-partum
- Réduction des dyspareunies
- Rapidité d'exécution
- Réduction du risque de désunion de la cicatrice
- Moindre coût
- Esthétisme
- Les recommandations du service
- Autre :.....

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Clémence Gauchin

**ANNEXE III : Mail envoyé aux coordinateurs en maïeutique des 16 maternités de  
Picardie**

Madame X,

Je suis Clémence GAUCHIN, étudiante en Sma5 à l'école de sage-femme d'Amiens. Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire sur les techniques de réfection d'épisiotomie chez les sages-femmes de Picardie.

Mon étude consiste à interroger les **sages-femmes exerçant en salles de naissance** via un questionnaire réalisé avec le logiciel google doc.

Je me permets donc, par ce mail, de vous demander s'il serait possible que vous transmettiez aux sages-femmes de votre service mon questionnaire via ce **lien**:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe3LRLrbhfPIB\\_RoY5Y3lWqG0kwGPrQc9Ie7UD2h50q337UVA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe3LRLrbhfPIB_RoY5Y3lWqG0kwGPrQc9Ie7UD2h50q337UVA/viewform)

Afin que vous sachiez de quoi il relate, je vous joins ce dernier au format PDF.

Sans votre accord, je ne pourrais malheureusement pas réaliser mon étude dans votre établissement.

Je me permets par ce mail de vous poser 3 questions nécessaires pour l'exploitation de mes données :

- Combien de sages-femmes exercent en salles de naissance au sein de votre établissement?
- Quelles sont les recommandations concernant la suture des épisiotomies dans votre service ?
- Sollicitez-vous un organisme pour former vos sages-femmes aux sutures? Si Oui, quel(s) organisme(s) ?

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et reste à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires.

Je vous prie d'agréer, Madame X , mes salutations distinguées.

Clémence GAUCHIN

#### **ANNEXE IV : Lettre explicative accompagnant les questionnaires papiers**

Bonjour,

Je suis Clémence Gauchin étudiante en Sma5 à l'école de sage-femme d'Amiens.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème suivant :

« Les techniques de réfection d'épisiotomie chez les sages-femmes de Picardie ».

Mon étude est réalisée via des questionnaires s'adressant aux sages-femmes exerçant en **SALLE DE NAISSANCE**.

Par ce questionnaire, je sollicite votre collaboration afin de pouvoir réaliser mon mémoire. Après l'avoir rempli de manière anonyme, vous pourrez le remettre dans la pochette derrière les questionnaires vierges.

Ils seront récupérés la semaine du 19 Janvier 2017.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon mémoire.

Cordialement.

Clémence Gauchin

## **GLOSSAIRE**

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

ESF : Etudiants sages-femmes

DPC : Développement professionnel continu

GYPOM : Journées de Gynécologie, de Pédiatrie néonatale, d'Obstétrique et de Médecine prénatale

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SDN : Salles de Naissances

SF : Sages-femmes