



HAL
open science

**Techniques de suture continue “ Un fil, un nœud ” et
discontinue “ Points séparés ” : incidence sur la
dyspareunie du post-partum : à partir d’une revue de la
littérature de sept articles et d’une étude
complémentaire des pratiques des professionnels des
maternités de PACA Est**

Marion Bastelica

► **To cite this version:**

Marion Bastelica. Techniques de suture continue “ Un fil, un nœud ” et discontinue “ Points séparés ” : incidence sur la dyspareunie du post-partum : à partir d’une revue de la littérature de sept articles et d’une étude complémentaire des pratiques des professionnels des maternités de PACA Est. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269360

HAL Id: dumas-02269360

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269360>

Submitted on 22 Aug 2019

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 NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Techniques de suture continue « Un fil, Un nœud » et discontinue « Points séparés » :
incidence sur la dyspareunie du post-partum.

*À partir d'une revue de la littérature de sept articles et d'une étude complémentaire
des pratiques des professionnels des maternités de PACA Est*

Marion Bastelica
Née le 24 avril 1995
A Bastia (Haute-Corse)

Mémoire présenté et soutenu le : 7 juin 2019
Sous la direction de
Madame Marielle BOURGEOIS et Madame Alexandra MUSSO

Diplôme d'état de sage-femme
2019



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Techniques de suture continue « Un fil, Un nœud » et discontinue « Points séparés » :
incidence sur la dyspareunie du post-partum.

*À partir d'une revue de la littérature de sept articles et d'une étude complémentaire
des pratiques des professionnels des maternités de PACA Est*

Marion Bastelica
Née le 24 avril 1995
A Bastia (Haute-Corse)

Mémoire présenté et soutenu le : 7 juin 2019
Sous la direction de
Madame Marielle BOURGEOIS et Madame Alexandra MUSSO

Diplôme d'état de sage-femme
2019

Remerciements

Tous mes remerciements...

A mes parents, Philippe et Marie-Jo, et ma sœur, Laura, qui m'ont toujours rappelée de quoi j'étais capable dans les moments de doute.

A Daniel, pour être dans ma vie depuis sept ans et m'avoir soutenue sans relâche malgré la distance.

A mes amies niçoises Mary, Betty, Johanna et Margaux pour avoir été là dans les meilleurs comme dans les pires moments.

A mes amies corses Sarah, Barbara, Laura, Auriane et Eva, qui sont toujours présentes après tant d'années.

A Livia, ma future collègue et amie de longue date, qui a su me donner des conseils et me rassurer.

A Philippe et Christelle, mon petit bout de famille niçois, qui ont été d'une grande aide quand j'en avais besoin.

Aux « No Lapse », ma famille de cœur, pour tous ces concerts et bons moments passés ensemble.

A l'équipe de l'hôpital de Bastia, pour leur bienveillance et leurs conseils qui m'ont permis d'arriver jusque-là.

A mes directrices de mémoire, Madame Bourgeois et Madame Musso qui sont restées toujours calmes face à mes montagnes de mails et de stress.

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	2
Liste des abréviations	4
Liste des figures	5
Introduction	6
1. Le périnée	6
1.1 Anatomie périnéale du plan superficiel périnée.....	6
1.2 Les différents types de lésions périnéales.....	8
1.3 Les déchirures spontanées	8
1.4 L'épisiotomie	9
1.5 La réfection des lésions du périnée superficiel.....	11
1.1.1 Suture discontinue dite « Trois plans séparés » (3PS).....	11
1.1.2 Suture continue dite « Un fil, Un nœud » (1F1N).....	12
1.6 Douleurs et dyspareunies : complications du post-partum	13
1.1.3 Définition.....	13
1.1.4 Dyspareunie profonde	14
1.1.5 Dyspareunie superficielle.....	14
1.7 Evolution des recommandations nationales et internationales.....	16
1.1.6 Recommandation du CNGOF de 2005.....	16
1.1.7 Recommandation RCOG et NICE	16
1.1.8 L'étude de Kettle 2012.....	17
1.1.9 Les recommandations du CNGOF de décembre 2018.....	17
1.1.10 L'OMS (Organisation mondiale de la santé) et la santé sexuelle	18
1.8 Question de recherche	19
2. Matériels et méthodes	20
2.1 Hypothèse centrale	20
2.2 Objectifs	20
2.3 Type d'étude	20
3. Résultats	22
3.1 Présentation des études.....	22
3.2 Avantages de la technique 1F1N	24
3.2.1 Evaluation de la douleur	24
3.2.2 Réduction de la douleur	25

3.2.3	Evaluation « Basic Activity of Daily living »	26
3.2.4	Risque d'infection	26
3.2.5	Satisfaction des patientes	26
3.2.6	Moins de dyspareunies	27
3.3	Inconvénient : la formation	27
3.4	Limite et biais des études	28
3.4.1	Définition des techniques de suture	28
3.4.2	Définition et évaluation des déchirures périnéales.....	29
3.4.3	Harmonisation des pratiques professionnelles	29
4.	Discussion.....	30
4.1	Forces et faiblesses	30
4.2	Les recommandations et la réalité du terrain	30
4.3	Quant à la dyspareunie ?	34
5.	Etude complémentaire : Questionnaires aux professionnels de la région PACA Est.....	38
5.1	Objectifs	38
5.2	Matériels et méthodes	38
5.3	Résultats	39
5.3.1	Description de la population	39
5.3.2	Etat des lieux des pratiques et des connaissances des professionnels vis-à-vis de la technique 1F1N.....	41
5.3.3	Intérêt porté au changement de technique de réparation périnéale	43
5.4	Discussion.....	43
5.4.1	Choix de notre population	44
5.4.2	L'épisiotomie.....	44
5.4.3	La déchirure médiane simple.....	45
5.4.4	Les connaissances	45
5.4.5	La formation.....	47
5.4.6	Les perspectives d'amélioration.....	49
6.	Vers la rédaction d'un protocole de recherche en maïeutique.....	49
	Conclusion.....	50
	Bibliographie	I
	Annexe	IV

Liste des abréviations

1F1N : « Un fil, Un nœud »

3PS : « Trois plans séparés »

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

BADL : Basis Activity of Daily Living

CNGOF : Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français

ECN : Epreuves Classantes Nationales

IC : Intervalle de Confiance

J2 : Jour 2 post-partum

J10 : Jour 10 post-partum

MKT : Multiple Knot

NICE : National Institute for health and Care Excellence

NVOG : Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RS : Rapport Sexuel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PEARLS : PErineal Assessments and Repair Longitudinal Study

Liste des figures

Figure 1 : Innervation périnéale, Anatomie du périnée féminin ¹	7
Figure 2 : Innervation sensitive périnéale, Anatomie du périnée féminin ¹	7
Figure 3 : Classifications des déchirures périnéales obstétricales [3]	9
Figure 4 : Les différents types de réparation périnéale [22]	11
Figure 5 : Réfection par la technique « Un fil, Un nœud » [1].....	12
Figure 6 : Diagramme de flux réalisé suivant les critères PRISMA.	22
Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population.....	39
Tableau 2 : Réalisation d'épisiotomie	40
Tableau 3 : Pratiques et connaissances.....	41
Figure 7: Incidence de la technique 1F1N selon les professionnels.....	42
Tableau 4 : Perspectives d'amélioration.....	43

Introduction

1. Le périnée

Le périnée à un rôle essentiel dans la vie d'une femme : sport, sexualité, grossesse, accouchement, ménopause sont des thématiques qui lui sont régulièrement associées.

1.1 Anatomie périnéale du plan superficiel périnée

Il est défini comme « l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien, qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse ». Ses limites sont assimilables à celles d'un losange dont les sommets correspondent à la symphyse pubienne, au coccyx et aux tubérosités ischiatiques. Richement musclicarisé, il est composé d'une région uro-génitale antérieure (comprenant le sphincter externe de l'urètre, le transverse profond, les muscles bulbo caverneux, ischio-caverneux, transverse superficiel, organes érectiles, bulbes vestibulaires, organes génitaux externes, glandes vestibulaires de Skene et de Bartholin), d'une région anale postérieure (comprenant le sphincter anal et sphincter anal externe), et entre les deux, le centre fibreux du périnée [1].

La principale innervation du périnée provient du plexus pudendal issu des deuxième, troisième et quatrième vertèbres sacrées : il innerve les organes génitaux externes et le périnée. Il donne plusieurs collatéraux dont le nerf élévateur de l'an. Le plexus pudendal se termine par le nerf pudendal, nerf moteur et sensitif, qui accompagne l'artère du même nom dans son trajet autour de l'épine sciatique et dans la fosse ischio-rectale où il se divise, en deux branches :

- Le nerf dorsal du clitoris : se dirige en avant en suivant les vaisseaux pudendaux. Il donne des rameaux vers : le bulbe vestibulaire, le corps caverneux, le gland clitoridien (muqueuse et capuchon), la partie supérieure des petites lèvres.
- Le nerf périnéal : naît en un point variable dans le creux ischio-rectal. Ce point est situé le plus souvent à un centimètre en arrière du bord postérieur du transverse profond du périnée.

Il se divise en deux rameaux, l'un superficiel, l'autre profond :

- le rameau superficiel qui innerve les grandes lèvres et les téguments de la partie inféro-interne de la fesse
- le rameau profond qui innerve les muscles du périnée antérieur [2].

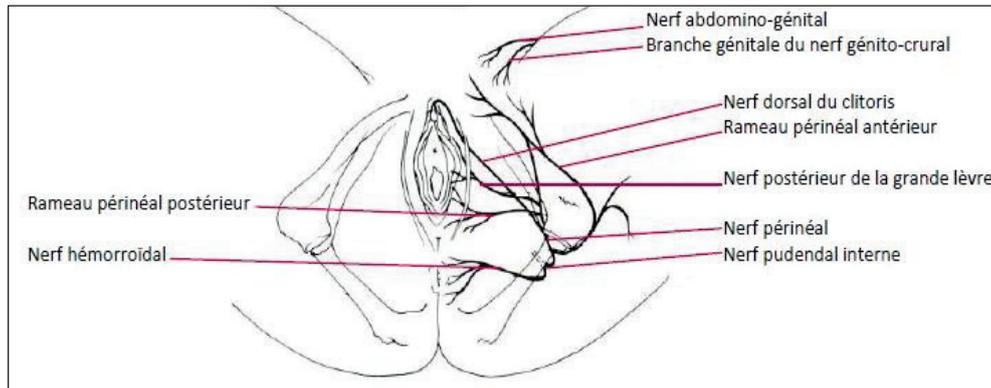


Figure 1 : Innervation périnéale, Anatomie du périnée féminin ¹

1

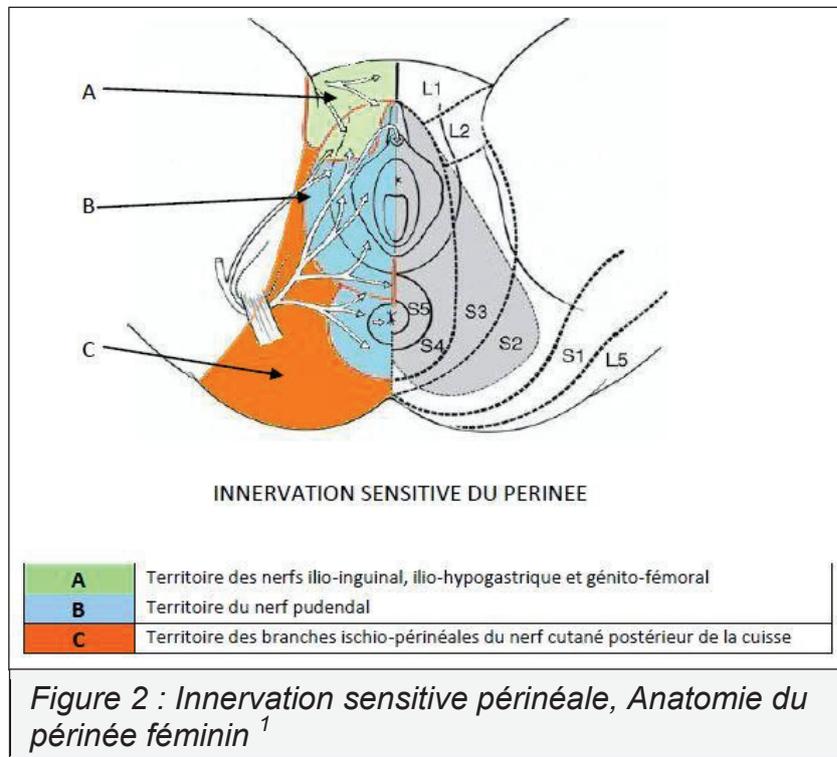


Figure 2 : Innervation sensitive périnéale, Anatomie du périnée féminin ¹

¹ Campus.cerimes.fr, mis à jour le 01/12/2011

1.2 Les différents types de lésions périnéales

A l'accouchement, le périnée subit des modifications physiologiques qui permettent la progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne. En fin d'expulsion, le périnée amplifié au maximum forme un canal musculo-cutané et l'élongation provoque des lésions musculaires et aponévrotiques quasi inéluctables [1]. Trois possibilités sont envisageables :

- l'absence de survenue de toute lésion visible (dit « périnée intact »),
- la survenue de déchirures périnéales spontanées,
- la réalisation d'une épisiotomie.

1.3 Les déchirures spontanées

Dans la littérature, nous retrouvons deux classifications différentes qui définissent les lésions périnéales. La classification française décrit trois degrés de déchirures :

- Le premier degré ou déchirure dite « superficielle » : regroupe l'ensemble des lésions superficielles (épithélium vaginal ou vulvaire).
- Le deuxième degré ou déchirure médiane dite « simple » : définit les atteintes musculaires périnéales sans atteinte du sphincter anal.
- Le troisième degré ou déchirure dite « complète », plus ou moins « compliquée » : décrit une atteinte du sphincter anal, pouvant se compliquer d'une communication entre le vagin et le bas rectum. [3]

La classification anglo-saxonne, quant à elle, se distingue par quatre types de lésions, au lieu de trois. Celle-ci décline la notion de « déchirures du premier degré » française en deux axes distincts :

- Le premier degré correspond aux « déchirures périnéales isolées » : concerne les lésions superficielles cutanées, vaginales ou périnéales.
- Le deuxième degré est assimilé aux « atteintes du centre tendineux » : sont associées les déchirures musculaires n'atteignant pas le sphincter anal.

Les deux derniers degrés anglo-saxons sont analogues des derniers degrés français [4].

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscle rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Figure 3 : Classifications des déchirures périnéales obstétricales [3]

▷ Chiffres et tendances

L'espace superficiel du périnée uro-génital contenant le clitoris, les glandes vestibulaires majeures, les muscles ischio caverneux, bulbo-spongieux et transverse superficiel est le plus soumis aux lésions obstétricales [1]. Selon l'enquête nationale périnatale française de 2016, on retrouve 51,3% de déchirures simples et premier degré et 0,8% de périnée complet ou complet compliqué [5]. Si nous nous intéressons aux données mondiales, les critères des lésions périnéales varient d'une étude à l'autre :

- Au Brésil en 2018: 47% de déchirures du premier degré, 31% au deuxième degré et 1,8% au troisième degré [6].
- En Australie en 2018 : 32,6% de traumatismes périnéaux minimes ou inexistantes et 35,3% lésions suturées ou épisiotomie [7].
- Royaume Uni en 2014 : 11% de lésions non suturées, 44% lésions suturées [8].

Cette disparité peut être expliquée par l'utilisation de différentes définitions des lésions périnéales.

1.4 L'épisiotomie

L'épisiotomie est définie comme une incision de six centimètres du faisceau pubo-rectal et du transverse superficiel, pouvant être réalisée de façon médiane ou médio-latérale, au moment où la tête fœtale est au petit couronnement lors d'une contraction ou d'un effort de poussée.

Bien que la technique médiane soit plus facile à suturer, moins hémorragique et moins pourvoyeuse de dyspareunies, elle engendre la création d'une zone de faiblesse périnéale, aboutissant à une rupture du sphincter anal dans 20% des cas [9]. Ainsi, les experts du CNGOF, RCOG, l'ACOG et NVOG recommandent la technique médio-latérale qui prévient ces lésions [10] [11] [12].

Les recommandations pour la réfection de l'épisiotomie [11] abordent les règles de base d'hygiène, prônent l'utilisation d'un fil synthétique résorbable type Dexon® / Vicryl® [13] ainsi que le surjet continu sous réserve d'une formation spécifique. En effet, le surjet continu a pour mérite de réduire significativement la douleur périnéale. Par ailleurs, il est recommandé d'utiliser un fil 2/0 pour la technique de suture continue, car il permet de s'adapter au mieux aux différents plans [11], [14].

▷ **Chiffres et tendances**

Malgré une politique restrictive de l'épisiotomie recommandée par une grande partie des sociétés savantes, il est intéressant de relever les disparités à l'échelle mondiale [15] [7] [16] [8]:

En France : l'enquête périnatale de 2016 [5] estime le taux d'épisiotomie à 20% : il s'inscrit dans une diminution continue depuis 2010, liée aux recommandations du CNGOF de 2005 [11].

Aux Etats Unis en 2004, le taux d'épisiotomie était estimé à 25%. En 2014, il était de 14,4% [17].

En Irlande en 2015, l'étude évoquait un taux à 36,1% potentiellement sous-estimé avec une moyenne national à 46% [15].

Au Royaume Uni en 2014, l'incidence de l'épisiotomie approchait les 26% [8].

1.5 La réparation des lésions du périnée superficiel

1.1.1 Suture discontinue dite « Trois plans séparés » (3PS)

▷ Définition

La suture en trois plans est caractérisée, comme son nom l'indique, par la suture des trois plans vaginal, musculaire et cutané, par des techniques et des fils différents. La réparation du plan vaginal se fait par des points séparés ou un surjet simple, en partant de l'angle supérieur du vagin vers les reliefs hyménéaux. Le plan musculaire est suturé par des points séparés ou points en X. Quant au plan cutané, diverses techniques sont possibles : points séparés simples ou de Blair Donati, surjet simple ou de Blair Donati et le surjet intradermique [18].

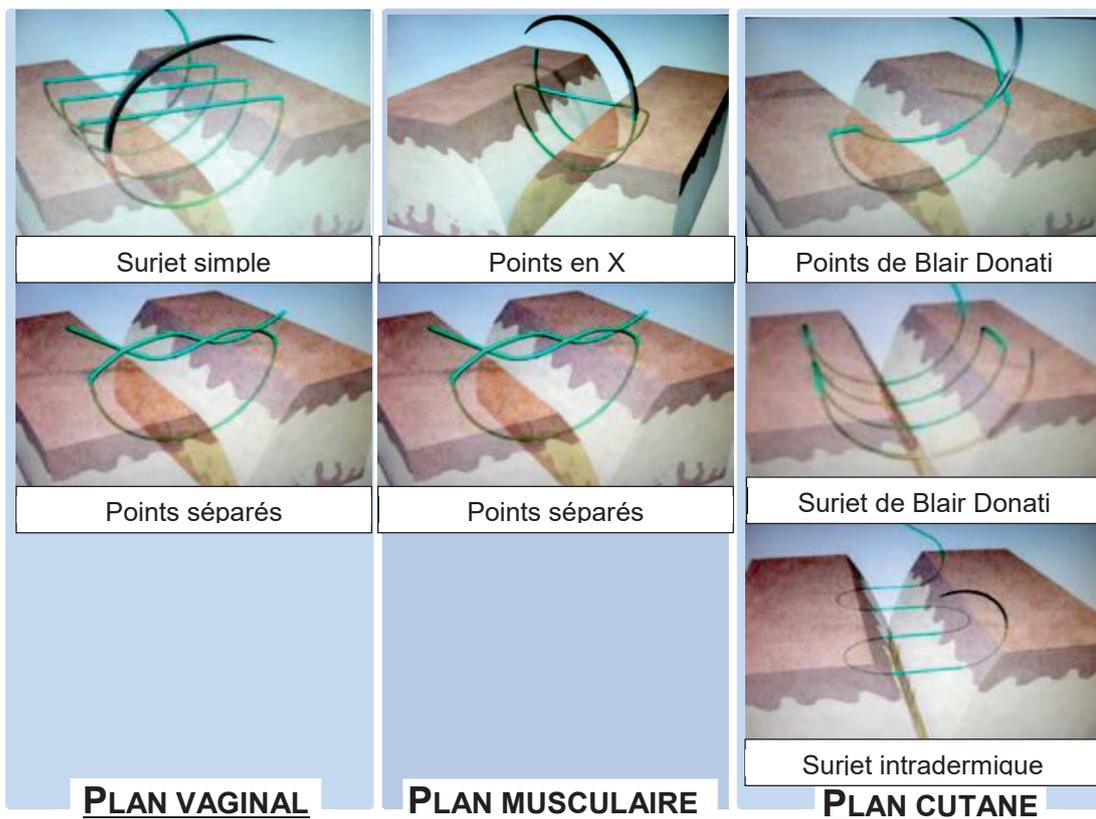


Figure 4 : Les différents types de réparation périnéale [22]

1.1.2 Suture continue dite « Un fil, Un nœud » (1F1N)

▷ Définition

Première étape : réfection du plan vaginal. La suture est débutée par la partie la plus postérieure de la déchirure, le point de départ est fixé sur une partie saine du vagin. La méthode utilisée est celle du surjet continu jusqu'à la fourchette vulvaire / membrane hyménale.

Deuxième étape : réfection du plan musculaire. Sans interruption, la suture se poursuit de la même manière jusqu'à la partie proximale de la déchirure.

Troisième étape : réfection du plan sous cutané puis cutané. Elle fait suite au plan musculaire dans le sens inverse de la réfection jusqu'à maintenant réalisée, rapprochant le tissu sous cutané. Cette étape est terminée par la réfection d'un quatrième plan en utilisant la technique de surjet intradermique, sans prendre le derme. Le fil est ensuite passé en sous cutané sur 2 à 3cm dans la fesse puis coupé à ras, sans réaliser de nœud [18], [19].

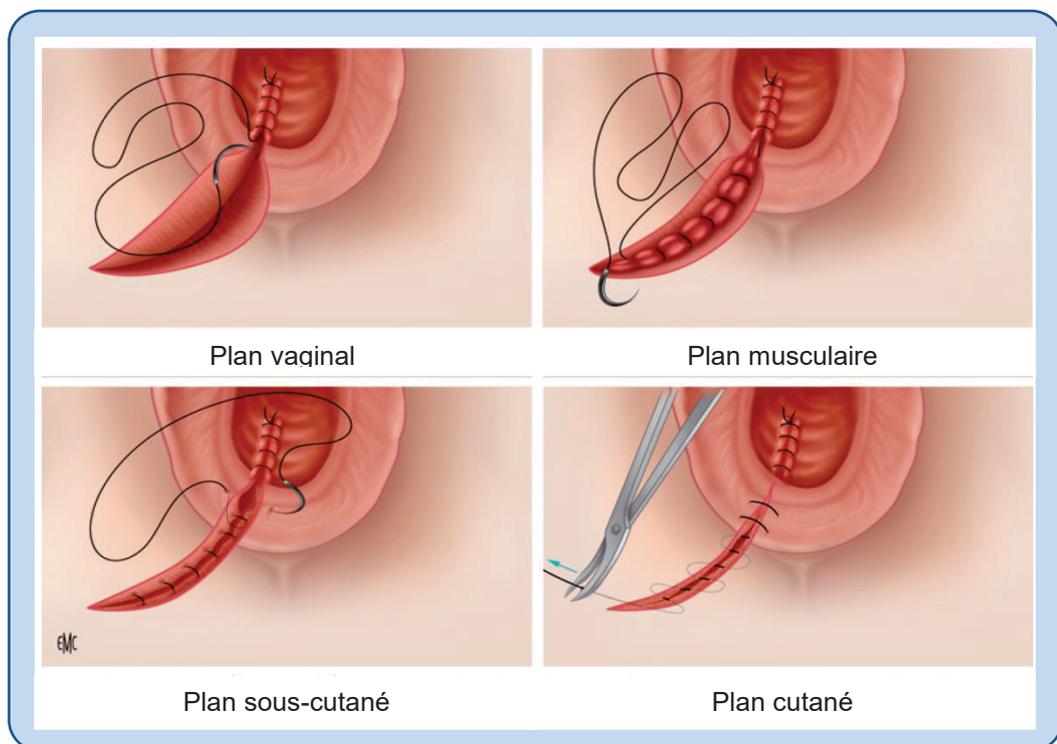


Figure 5 : Réfection par la technique « Un fil, Un nœud » [1]

1.6 Douleurs et dyspareunies : complications du post-partum

1.1.3 Définition

Parmi les complications du post-partum nous retrouvons : l'incontinence urinaire, l'incontinence anale et la douleur périnéale [10]. Par ailleurs, la douleur est la première complication « précoce » des épisiotomies et des déchirures périnéales à des degrés variables : la douleur maximale a été qualifiée d'intense pour l'épisiotomie et modérée pour la déchirure [20]. Cette douleur pourrait avoir, à moyen ou à long terme, des conséquences sur la sexualité : en effet, selon Mc Donald [21], le premier rapport sexuel après l'accouchement est marqué par des dyspareunies pour 85,7% des femmes tout accouchement confondu. Après l'accouchement, la dyspareunie diminue de moitié, passant de 44,7% à trois mois après l'accouchement, à 22,6% à 18 mois après l'accouchement. Nous retrouvons cette tendance dans l'étude de Vasquez [22], qui s'intéresse aux patientes ayant subi une épisiotomie.

La dyspareunie peut être définie de différentes manières : selon le CNGOF, la dyspareunie est décrite comme « un rapport sexuel difficile ou douloureux » [23]. Selon Basson, elle est plutôt assimilée à « une douleur récurrente ou constante associée à un rapport sexuel » [24]. De la même manière, le taux de dyspareunie varie suivant les études : Margueritte en 2016 retrouve une prévalence allant de 50,2% chez les plus jeunes (18 à 24 ans), à 28,7%, globalement on observe une diminution du taux allant de pair avec l'âge des patientes, excepté la période de la péri-ménopause où l'on observe une augmentation de ce taux [24] [25]. Pour classer la dyspareunie, deux critères sont utilisés :

- son apparition : primaire ou secondaire caractérisée respectivement par une douleur existante depuis toujours ou bien survenant après une période sans douleur [23].
- sa localisation :
 - o Superficielle : est assimilée à une douleur ressentie au vestibule ou à l'entrée du vagin associé au rapport sexuel, déclenché dès la pénétration [23] [26] [27].
 - o Profonde : localisée plutôt au fond du vagin, à type de douleur abdomino-pelvienne, ressentie lors de la pénétration profonde pendant le rapport sexuel ou immédiatement après [23] [26] [27].

1.1.4 Dyspareunie profonde

La dyspareunie d'origine profonde doit orienter l'interrogatoire vers des étiologies organiques, internes à type d'infection génitale haute, adhérence pelvienne, endométriose, kyste et fibrome. Parmi ces causes, deux d'entre elles sont intéressantes de par leur lien avec la grossesse ou l'accouchement [26] [28].

- L'utérus rétroversé : souvent découvert avant la grossesse, il peut être caractérisé par une dyspareunie profonde, variable en fonction des positions pratiquées et possiblement aggravée par le poids des grossesses.
- Syndrome de Master et Allen ou Syndrome de désinsertion utérine : caractérisé par la déchirure de la face postérieure du ligament large, il s'agit d'une lésion obstétricale observée dans les accouchements de macrosomes ou lors d'extractions instrumentales brutales. La patiente présente une douleur pelvienne permanente aggravée par la fatigue et la station debout, des dyspareunies profondes persistantes après le rapport sexuel, une hyper mobilité du col utérin et une rétroversion de l'utérus qui est douloureux à la mobilisation [28].

1.1.5 Dyspareunie superficielle

L'origine de la dyspareunie superficielle peut être diverse allant de causes organiques [26] aux conflits psychologiques [23]. Il convient de toujours rechercher un facteur organique telles que des vulvo-vaginites, infections ou malformations par exemple, afin d'entreprendre un traitement adapté.

Quant aux causes psychologiques (syndromes dépressifs, conflits conjugaux, états névrotiques, traumatismes sexuels), ils ne sont pas à négliger : les troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration sont représentés dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie) sous l'appellation dysfonctions sexuelles [29].

▷ Dyspareunie et post-partum

L'accouchement intervient aussi comme un acteur de la dyspareunie superficielle sur différents plans. Tout d'abord, les remaniements psychologiques viennent remettre en question le positionnement de la femme dans son couple : l'ambivalence entre la Mère et la Femme, les doutes sur ses capacités parentales, sur sa féminité face à un corps qui change, la fatigue. L'évolution du couple vers une triade peut entraîner une

diminution de la fréquence et du nombre de rapports sexuels [22]. O'Malley décrit que près d'une femme sur deux ayant accouché par voie basse ressent une perte d'intérêt sexuel à six mois du post-partum [15] [28]. Chez les femmes souffrant de dépression du post partum, il devient aisément compréhensible que la dyspareunie, peut-être la somatisation d'un mal être intérieur quand les émotions sont difficiles à extérioriser.

Sur le plan périnéal, la douleur des lésions est liée à plusieurs facteurs comme le déroulement du travail, la présentation et le poids du fœtus, la nature du périnée. A cela s'ajoute les phénomènes d'œdème, inflammation, ischémie et nécroses des tissus qui peuvent être contemporains de la réfection des lésions et responsables d'algies périnéales.

Les lésions peuvent également se compliquer de cicatrices scléreuses, voire rétractiles pouvant aboutir jusqu'à une sténose de l'orifice vaginal [26]. L'épisiotomie peut aussi entraîner des lésions sensibles à type de granulations tels que des polypes ou nodules pouvant persister deux à quatre mois après l'accouchement ou encore à type d'endométriome qui se traduit par une tuméfaction sensible sous la cicatrice d'épisiotomie [28].

Notons que l'accouchement engendre un effondrement des œstrogènes qui vont réapparaître avec le cycle menstruel c'est-à-dire vers le 25^e jour. Par conséquent, une reprise trop rapide de la sexualité à un moment où la lubrification, oestrogéno-dépendante, n'est pas satisfaisante est plus propice à l'apparition de douleurs [28].

A cela vient s'ajouter l'allaitement, qui semble être un facteur de risque de dyspareunie : 47,6% des femmes allaitant leur enfant souffriraient de dyspareunie à six mois post-partum ($p < 0,001$) [15]. Cela peut s'expliquer par l'hyperprolactinémie, engendré par l'allaitement, qui peut aussi être un facteur de sécheresse vaginale responsable de dyspareunie superficielle [26].

1.7 Evolution des recommandations nationales et internationales

1.1.6 Recommandation du CNGOF de 2005

En 2005, le CNGOF [11] émet ses recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie, notamment sur les techniques de réparation. Les notions générales d'hygiène sont abordées avec les précautions d'asepsie : elles prônent une désinfection vulvo-périnéale, le port de masque, calot et gants stériles, après un lavage chirurgical des mains.

Il est recommandé d'utiliser un fil synthétique résorbable en vue des moindres douleurs périnéales immédiates qu'il engendre par rapport à l'utilisation d'un fil non résorbable.

Quant à la technique de suture, le surjet continu doit être favorisé, 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 et suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes. »

La formation est aussi un point abordé dans la recommandation, jugée nécessaire à l'amélioration « de l'apprentissage et de la performance des opérateurs».

1.1.7 Recommandation RCOG et NICE

▷ Royal College of Obstetricians and gynecologists (RCOG) 2004

L'utilisation d'une technique sous-cutanée continue pour la fermeture de la peau périnéale est associée à une douleur moindre à court terme par rapport aux techniques utilisant des points de suture interrompus.

Une technique de suture lâche et continue, sans blocage, utilisée pour apposer chaque couche (tissu vaginal, tissu périnéal, musculaire et de la peau) est associée à une douleur moindre à court terme par rapport à la méthode traditionnelle interrompue.

L'utilisation d'une procédure de réparation périnéale à deux plans, dans laquelle la peau est apposée mais non suturée, est associée à une augmentation de la plaie béante jusqu'à 10 jours après la naissance, mais moins de dyspareunie à 3 mois post-partum par rapport à une technique à trois plans.

Les praticiens ayant reçu une formation appropriée sont plus susceptibles de fournir un niveau élevé et uniforme de réparation périnéale [30].

▷ **National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007 [31]**

L'organisation NICE recommande de réaliser la réparation périnéale à l'aide d'un fil synthétique résorbable et de suturer, dans le cadre des déchirures du deuxième degré, par la technique continue non verrouillée pour la paroi vaginale et la couche musculaire. La peau doit être suturée par une technique sous cutanée continue, sauf si les berges s'affrontent après la suture du muscle : dans ce cas, la peau peut rester non suturée.

1.1.8 L'étude de Kettle 2012

La dyspareunie étant majoritairement présente dans la période du post-partum, au même titre que la douleur, Kettle [14], s'est interrogé sur l'impact de la technique de suture périnéale. Sa revue systématique de la littérature s'est centrée sur trois critères principaux :

- La douleur à court terme jusqu'au dixième jour après l'accouchement,
- L'analgésie jusqu'au dixième jour après l'accouchement,
- La dyspareunie signalée jusqu'à trois mois après l'accouchement.

1.1.9 Les recommandations du CNGOF de décembre 2018

Depuis décembre 2018, le CNGOF réaffirme l'intérêt du surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du deuxième degré à l'aide d'un fil standard résorbable ou absorption rapide [3]. Introduite en France dans les années 1990 avec le Dr Thery et le Pr Dallay, la technique « 1F1N » semble avoir du mal à trouver sa place. Après les recommandations du CNGOF de 2005, que devons-nous attendre des recommandations de 2018 ? Cette avancée marque un tournant dans l'évolution des pratiques de réparation périnéale, qui jusqu'à maintenant, reposaient sur des acquis certains et des freins « approximatifs. ». Ainsi, face à l'avantage de la réduction de la douleur, il serait intéressant de s'interroger sur les autres intérêts de la suture « 1F1N ».

1.1.10 L'OMS (Organisation mondiale de la santé) et la santé sexuelle

L'OMS² définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. ». La première stratégie en matière reproductive est émise en 2004, et est tenue en 2005 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Elle décrit les soins de santé sexuelle et reproductive comme « l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé sexuelle, qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles ».

En regard de ces recommandations, le ministère des Solidarités et de la Santé a établi des stratégies nationales dans son agenda 2017-2030³ : « réduire les troubles sexuels organiques ou fonctionnels » est une des 27 cibles inscrites. Les dysfonctions sexuelles féminines les plus fréquentes sont : les troubles de l'orgasme (36%), les troubles du désir (35%) et les dyspareunies (16 %).

En avril 2018, Agnès Buzyn⁴ émet sa feuille de route en terme de stratégie en Santé sexuelle et met l'accent sur le développement de la recherche sur les nouvelles pratiques professionnelles au regard de l'élargissement des besoins en santé sexuelle (« Axe V Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle »).

La santé sexuelle des femmes étant un nouvel enjeu de la gynécologie-obstétrique, nous développerons donc notre problématique dans cet axe.

2

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77743/9789242501001_fre.pdf;jsessionid=FFD0C6348838CBB7F6C5B2A28E265F82?sequence=1 consulté le 16/04/19

³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf consulté le 16/04/19

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf consulté le 16/04/19

1.8 Question de recherche

La qualité de vie, la dysfonction sexuelle et la dyspareunie sont des items souvent négligés des études et pourtant importants aux yeux des femmes. La sélection, la collecte et la notification de résultats non significatifs limitent l'utilité de la recherche pour développer la pratique clinique. Pergialiotis explique que l'élaboration d'un ensemble de résultats de base pourrait aider à résoudre ces problèmes [32]. Au vu des faits, une revue de la littérature semble justifiée.

La méthode de suture « Un fil, un nœud » a-t-elle une influence sur la survenue d'une dyspareunie du post-partum ?

2. Matériels et méthodes

2.1 Hypothèse centrale

La méthode « Un fil, un nœud » semble réduire la survenue de dyspareunies du post partum.

2.2 Objectifs

- Identifier les avantages de la suture « 1F1N » par rapport à la suture « 3PS » ayant un impact potentiel sur la dyspareunie.
- Identifier les limites des études existantes.
- Etablir un protocole de recherche en maïeutique qui tiendrait compte des biais et limites des études retenues pour répondre à la question.

2.3 Type d'étude

L'étude reposait sur une revue de la littérature conduite entre le 6 juillet 2018 et le 28 février 2019, s'approchant des critères PRISMA⁵. Les critères d'éligibilité des articles étaient la langue française ou anglaise, une date de parution supérieure à l'année 2009 (les parutions antérieures semblent peu significatives vis-à-vis des évolutions jusqu'à ce jour), la présence dans les bases de recherches Pubmed, EM Base, The Cochrane Library ou bien une reconnaissance par les sociétés savantes telles que le CNGOF, la FIGO, The Royal College of Midwives.

La recherche a été réalisée à partir des mots clés : « perineal » « repair », « episiotomy » « techniques », « dyspareunia » « post-partum », « episiotomy », « childbirth » retrouvés dans le titre, résumé ou mots clés. Seuls les articles traitant des lésions du premier degré et deuxième degré et des épisiotomies ont été sélectionnés.

Les références incluses dans la méta-analyse de Kettle de 2012 ont été exclues : elles n'ont pas été analysées de manière isolée car l'approche de Kettle est la même que l'angle étudié dans cette revue de la littérature.

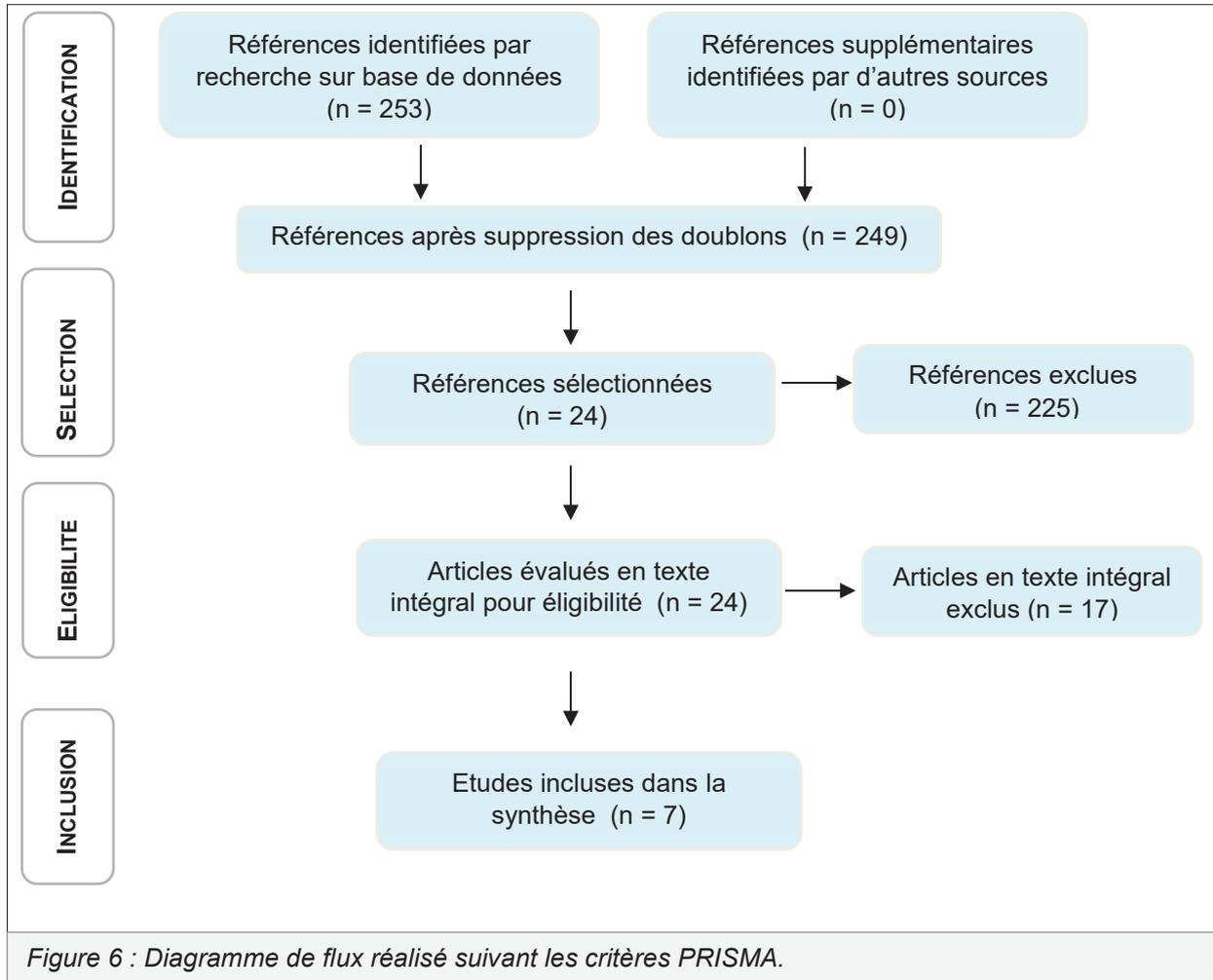
⁵ Critères organisant la lecture et l'écriture des revues systématiques et des méta-analyses. <http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-PRISMA.pdf>

Les critères étudiés ont été :

- les avantages et inconvénients de la méthode « 1F1N » par rapport à la suture discontinue,
- les méthodes utilisées pour évaluer la douleur,
- les méthodes utilisées pour évaluer la dyspareunie,
- les limites et les biais rencontrés dans les différentes références.

3. Résultats

3.1 Présentation des études



Sept références ont été retenues dans cette revue de la littérature : elle compte sept articles publiés sur Pubmed et EM base dont deux revues de la littérature issues de la base Cochrane, un mémoire publié et quatre études :

- Vasquez, France, 2009 : mémoire publié, étude observationnelle prospective et monocentrique comptant 66 patientes et évaluant l'influence des sutures sur la dyspareunie [22].
- Kettle, Royaume Uni, 2012 : revue systématique de la littérature issue de la base Cochrane, incluant trois méta-analyses et 16 essais uni et multicentriques, quasi

randomisés à randomisés, traitant des techniques de sutures continue et discontinue lors des réparations d'épisiotomie et des déchirures du deuxième degré [14].

- Bick, Royaume Uni, 2012 : enquête randomisée incluant 338 sages-femmes. La sélection a été réalisée à partir du Royal College Of Midwives. L'objectif était d'étudier comment les sages-femmes évaluaient et réparaient les lésions périnéales incluant épisiotomie et déchirure du deuxième degré [33].
- Hasanpoor, Iran, 2012 : étude randomisée contrôlée et monocentrique. Ont été incluses 100 primipares réparties au hasard en deux groupes de 50 pour une réparation d'épisiotomie par la technique continue ou discontinue interrompue [34].
- Ismail, Royaume Uni, 2013 : essai randomisé sur des séries appariées (22 maternités), qui a recruté 3 681 patientes. Il juge l'efficacité d'un entraînement à la réparation périnéale par suture continue [35].
- Selo-Ojeme, Nigeria, 2016 : essai randomisé contrôlé et monocentrique intégrant 266 patientes divisées en deux groupes correspondant à la technique de suture continue « single knot » (126 patientes) et discontinue « multiple knot » (128 patientes). L'étude incluait les déchirures du deuxième degré ainsi que les épisiotomies [18].
- Cronin, Nouvelle Zélande, 2018 : enquête transversale anonyme en ligne réalisée sur six semaines en 2013. L'objectif était d'évaluer la prise en charge des réparations périnéales du deuxième degré par les sages-femmes [36].

La méthodologie varie entre études prospectives randomisées, non randomisées et revues systématiques de la littérature et différents angles sont abordés aussi bien coté patients que coté professionnels.

3.2 Avantages de la technique 1F1N

La dyspareunie est complexe, elle peut être la résultante d'un trouble psychique et/ou physique. Ainsi, la douleur durant le post-partum au même titre qu'une infection, peut en être vectrice. « En effet, 38,1% des patientes se plaignant d'une douleur à J3 n'avaient pas repris les rapports sexuels à huit semaines post-partum⁶ (contre 14,5% parmi les patientes n'ayant pas de douleur, $p < 0,001$) ». Les principales causes retrouvées étaient : « la peur d'avoir mal et une douleur périnéale et/ou vaginale encore présente » [37]. Il paraît donc intéressant d'opposer les deux techniques de suture (1F1N et 3PS) afin de comparer s'il existe une réduction de la douleur de manière générale, durant les activités du quotidien et si nous retrouvons une diminution du risque d'infection.

3.2.1 Evaluation de la douleur

La douleur étant une donnée subjective, il est important d'établir des critères et un cadre d'évaluation. Certaines études ont choisi d'évaluer le ressenti des professionnels quant à la douleur des patientes [38]. Une autre étude a choisi comme méthode les entretiens [36].

Quand l'évaluation était réalisée par des patientes ce sont les échelles d'évaluation de la douleur qui étaient principalement utilisées : nous retrouvons l'échelle numérique simple [14][18], la douleur durant les activités quotidiennes ou BADL scale (Basic Activity of Daily Living) [36][41], l'échelle visuelle analogique [39] et l'échelle REEDA (rougeur, œdème, ecchymose, écoulement et approximation) [34]. Une seule étude a choisi d'évaluer la douleur au cours d'entretien téléphonique [22].

L'évaluation de la douleur était réalisée à court terme (J1, J2, J3 du post partum) dans 12 études (dont neuf essais de la méta-analyse de Kettle) [14][18][42][34], à moyen terme (J10 du post partum) dans quatre études (dont la méta-analyse de Kettle) [14][18][34][35] et à long terme (trois mois du post partum) dans deux études (dont la méta-analyse de Kettle) [14][35].

⁶ Indépendamment du type de lésions périnéales (présente ou absente)

Par ailleurs, la douleur est aussi évaluée indirectement par l'utilisation d'antalgique dans deux études dont la méta analyse de Kettle [14][18].

3.2.2 Réduction de la douleur

Kettle, dans sa revue systématique de la littérature a retrouvé une réduction significative de la douleur dans neuf essais intégrant 4 231 femmes, avec un risque de ressentir la douleur moindre avec la technique 1F1N (RR= 0,76, IC 95% [0,66 ; 0,88]). Ce bénéfice persiste quel que soit l'opérateur, son expérience et le matériel utilisé lors de la suture. [14]

De plus, dans six essais englobant 2 971 femmes, l'utilisation d'analgésie est réduite lors de la réalisation de la suture continue (sur les 3 plans ou seulement en cutané) par rapport à la suture discontinue. (RR= 0.70, IC 95% [0.59 ; 0.84]) [14].

L'étude de Selo – Ojeme, comptent 266 patientes, dans laquelle il compare parmi d'autres critères, la douleur liée aux sutures « SKT » (Single Knot) et « MKT » (Multiple Knot). On retrouve aussi une utilisation accrue d'analgésique ($p=0,06$) dans le cadre de la technique discontinue. Effectivement à J2 (jour 2 post partum) et J10 (jour 10 post partum), les échelles d'évaluation de la douleur numérique montrent des scores plus élevées ($p<0,001$) avec une moyenne de 2,8 pour les « single knot » contre 5,6 pour les « multiple knot » à J2, soit une réduction de 40% de la douleur (71,4% contre 95,3% $p<0,001$) [18].

Vasquez rapporte que la totalité des tuméfactions douloureuses (7,6%) surviennent sur une suture en trois plans comportant des points sur la peau [22]. Kettle appuie ce discours, retrouvant dans six autres essais (3453 femmes) une diminution significative du nombre de matériel retiré (OR = 0,17, IC 95% [0,10 ; 0,28]) ainsi que de sutures gênantes (OR = 0,58 ; IC 95% [0,46 ; 0,74]) dans le groupe « sutures continues » [14].

Par ailleurs, dans l'article de Cronin dans le cadre des déchirures du deuxième degré, les patientes rapportaient aux sages-femmes une douleur plus intense quand les lésions étaient suturées, exclusivement. (Points séparés par rapport au groupe non suturé 2,3% vs 0%) [36].

3.2.3 Evaluation « Basic Activity of Daily living »

Les douleurs durant les activités quotidiennes - principalement les douleurs à la marche, la position assise, la miction et la défécation - associées à la technique de suture ont été étudiées dans deux études et une méta analyse. Kettle, dans sa revue de la littérature, retrouve une diminution significative des douleurs à la marche (OR=0,60, IC 95% [0,40 à 0,92]) en position assise (OR=0,54, IC 95% [0,41;0,70]), lors de la miction (OR=0,63 ; IC 95% [0,47 ; 0,83] et de la défécation (OR = 0,74 ; IC 95% [0,57 ; 0,97]) durant le post-partum immédiat [14].

De la même manière, dans l'essai de Selo-Ojeme, à J2, la douleur au repos, à la marche ($p<0,001$), en position assise ($p<0,001$), durant la défécation ($p<0,001$) ou la miction est significativement plus faible pour le groupe SKT ($p<0,05$), soit une réduction de 30% de la douleur (54,8% contre 83,6% ; $p<0,001$). A J10, la douleur à la marche, en position assise, et durant la défécation ou la miction est significativement plus faible pour le groupe SKT ($p<0,05$) [18].

3.2.4 Risque d'infection

La technique 1F1N entrainerait une diminution du risque d'hématome et d'infection de la suture par la présence du quatrième plan cutané qui supprime « les espaces morts » [22].

Par ailleurs, ce quatrième plan cutané, réalisé à l'aide du surjet intradermique semblent être un critère de satisfaction chez les patientes. En effet, Vasquez explique que la technique du surjet intradermique rend la cicatrice quasi invisible [22].

3.2.5 Satisfaction des patientes

Selon Kettle, les patientes seraient plus satisfaites de la technique de suture « 1F1N » à trois mois (OR = 1,64 ; IC 95% (1,28-2,11)) et à 12 mois (OR = 1,68 ; IC 95% (1,27- 2,22)) de manière significative [14].

Données que l'on retrouve dans l'étude de Selo-Ojeme avec une satisfaction à trois mois supérieure dans le groupe « SKT » de 1,4 fois plus que l'autre groupe « MKT » ($p<0,001$) [18].

Cependant, la satisfaction n'a été pas décrite dans les deux études précédentes.

3.2.6 Moins de dyspareunies

La dyspareunie en tant que critère a été évaluée dans plusieurs études.

Dans neuf essais soit 3 619 femmes, analysés par Kettle, la technique de suture « continue », utilisée en intradermique (plan cutanée) ou sur les trois plans (1F1N), marque une tendance à la réduction à la dyspareunie mais de manière non significative (RR=0.86; IC 95% [0.70 ; 1.06]).[14]

L'étude Perineal Assessment and Repair Longinal Study (PEARLS) compte 3 681 patientes recrutées sur 22 maternités. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité d'un entraînement à la réparation périnéale, plusieurs critères ont été évalués dont la reprise de la sexualité. Ainsi, le premier rapport sexuel aurait lieu avant neuf semaines pour 46,7% pour le groupe A (formé à la technique 1F1N) contre 43,9% pour le groupe B (en cours de formation). Or, les résultats ne sont pas significatifs ($p=0,6$) [35].

Vasquez a observé une légère diminution des dyspareunies à trois mois pour la technique 1F/1N par rapport à la technique des points séparés : respectivement, 25% contre 46,3% mais sans être significatif ($p=0,109$). Cependant, l'utilisation du surjet intradermique sur la peau permet de réduire significativement le taux de dyspareunies à trois mois par rapport aux points séparés sur la peau (16,7% *versus* 48,8%, $p=0,019$) [22].

3.3 Inconvénient : la formation

PEARLS [35] est la seule étude retrouvée qui a choisi d'évaluer l'impact d'une formation à la réparation périnéale. Cette étude s'est organisée en trois phases :

- Une phase 1 qui évaluait les pratiques avant formation.
- Une phase 2 qui évaluait les pratiques après formation.
- Une phase 3 qui évaluait les pratiques 9 à 12 mois après la formation.

La technique 1F1N passe d'un taux de réalisation à 35,8% durant la phase 1, 72,5% durant la phase 2 et 64,6% durant la phase 3. Au-delà de l'évolution du taux de réalisation, l'étude s'est intéressée de manière indirecte à la dyspareunie en

analysant les critères d'un groupe A (professionnels formés) à un groupe B (professionnels non formés) :

- A 10-12 jours :
 - « Douleurs à la marche ou assise lors des dernières 24 heures » : les patientes du groupe A (76,7%) sont plus algiques que celles du groupe B (74,1%) mais de manière non significative ($p=0.89$)
 - « Retrait de points » : ici, l'écart entre le groupe A et B est significatif (2.2%, $p=0.03$)
 - « La prise d'antalgique au cours des dernières 24 heures » : la population du groupe A (22,9%) a tendance à consommer moins d'antalgique que dans le groupe B (31,7%), de manière non significative ($p=0.19$)
- A trois mois : « la reprise de la sexualité après neuf semaines » : il semble que la reprise de la sexualité au-delà de 9 semaines soit plus importante dans le groupe B (56,1%) que dans le groupe A (53,3%). Ainsi, la reprise de la sexualité aurait tendance à être plus rapide dans le groupe A, mais les résultats sont non significatifs. ($p=0.60$)

La « non significativité » est expliquée par une proportion de professionnels réalisant déjà le surjet intradermique avant la formation, de ce fait, l'auteur explique que les données sont potentiellement biaisées.

3.4 Limite et biais des études

Kettle utilise la notion d'hétérogénéité quant à l'analyse des données recueillies. Par exemple, pour l'évaluation de la douleur à court terme, il retrouve une haute hétérogénéité $I^2 = 67\%$, $p = 0.002$ [14].

3.4.1 Définition des techniques de suture

Dans la méta-analyse de Kettle, ce sont les différentes techniques continues (sur tous les plans ou seulement sur la peau) et la technique de suture interrompue (points séparés) pour la réparation des épisiotomies et les déchirures du deuxième degré [14]. Selo-Ojeme a repris le même modèle d'étude avec les « MKT : multiple knot » pour les points séparés et « SKT : single knot » pour la technique dite « continue ».

Deux études ont choisi de définir et comparer les techniques en fonction de l'application des recommandations nationales : l'étude PEARLS [35] avec les recommandations du RCOG et l'étude de Cronin avec les recommandations NICE [36]. Toutes deux vont dans le même sens que les études précédentes : techniques continues et techniques discontinues.

3.4.2 Définition et évaluation des déchirures périnéales

Ismail identifie un biais d'analyse. Son étude, randomisée, en double aveugle nécessitait premièrement une évaluation des lésions par le professionnel qui réalisait la réparation puis une évaluation *a posteriori* par un autre professionnel. La limite est le manque d'hétérogénéité des définitions des lésions entre celui qui a fait la réfection et celui qui a examiné la patiente [35].

L'étude de Cronin se démarque par sa méthodologie dans laquelle il choisit de demander aux professionnels de se « souvenir de la dernière femme dont ils s'occupaient pour laquelle ils avaient traité une déchirure périnéale au deuxième degré », plutôt que ce qu'ils « faisaient » habituellement [36].

3.4.3 Harmonisation des pratiques professionnelles

Pour limiter cet effet, l'investigateur principal de l'étude PEARLS a préalablement mis en place un programme d'initiation à la technique du surjet continu avec des séances d'ateliers pratiques afin de former l'ensemble des opérateurs du centre à cette procédure [33][35]. Ce programme comprenait un livre pour étudier de manière autonome, des copies des recommandations pour les lésions du périnée, les soins post-nataux, et la gestion de la douleur, un DVD interactif sur l'anatomie du périnée, les bases de la suture, la réalisation d'épisiotomies médio-latérales et leur réfection, et des brochures pour les patientes sur les soins du périnée.

De la même manière, dans l'étude de Selo Ojeme, des programmes de formation sur la technique « SKT » (continue) ont été organisés avant le début de l'étude pour tous les médecins et les sages-femmes impliqués. Cela a été complété par un audit et un retour d'information pour chaque clinicien [18]. Deux études ont choisi d'utiliser des protocoles pour la gestion de la douleur [34][42].

4. Discussion

4.1 Forces et faiblesses

Notre étude se pose comme un état des lieux récent de la littérature actuelle nationale et internationale, permettant d'approcher de manière globale la technique « 1F1N » et ses impacts sur la dyspareunie.

La revue de la littérature a été réalisée par une seule personne, ce qui permet d'assurer une continuité dans le raisonnement. Tous les articles cités ont été publiés et l'un d'entre eux est une revue Cochrane regroupant trois méta-analyses et 16 essais. Les mémoires non publiés ont été exclus afin de ne pas réaliser de comparaison « à deux niveaux », malgré une méthodologie intéressante.

Le faible nombre d'articles peut être considéré comme une limite de la revue. Cependant, cela démontre aussi de l'originalité du sujet. Faiblesse et à la fois force de la revue, la diversité des définitions, des descriptions de la technique, et des axes abordés, associés à des mêmes tendances donnent de la force à l'argument malgré des résultats isolés non significatifs pour certains. L'établissement d'un protocole en maïeutique, prenant compte de ces faiblesses et impliquant directement les professionnels, pourrait permettre une évolution des pratiques.

4.2 Les recommandations et la réalité du terrain

Les recommandations du CNGOF de 2005 favorisaient la réparation des épisiotomies par la technique du surjet continu sous réserve de formations spécifiques, car réduit « significativement la douleur, le risque de déhiscence et suscite une plus grande satisfaction des patientes » par rapport à la technique des points séparés [11].

Dans la recommandation de 2018 (déjà préconisée en 2013 par Thery et Dallay[19]), la réparation par la technique du surjet continu est étendue aux déchirures du deuxième degré. Elle est associée à « une réduction des douleurs immédiates avec un moindre recours aux antalgiques, ainsi qu'à un moindre retrait de fils, comparativement à la suture par plans séparés » [16].

Les mémoires de maïeutique sont des indicateurs d'évolution des pratiques : cinq mémoires français exclus pour la réalisation de la revue, mais inclus dans cette discussion permettent d'ajouter et comparer les spécificités nationales aux internationales.

- Caumeil, France (Montpellier), 2012: étude en trois temps avec une formation-action des sages-femmes à la technique « 1F1N » en premier lieu, une enquête auprès de 83 patientes (étude clinique prospective) et une évaluation des pratiques professionnels à distance (huit mois) [39].
- Esnault, France (Haute Normandie), 2014 : étude multicentrique, prospective, à partir de 133 questionnaires anonymisés adressés aux sages-femmes hospitalières. Ils portaient sur l'évaluation de la réparation d'une épisiotomie [40].
- Dulinskie, France (Limousin), 2014 : étude descriptive, transversale et exhaustive intégrant 112 professionnels de santé (sages-femmes, gynéco-obstétriciens et chefs de cliniques) qui ont été interrogés sur leurs motivations au changement de pratique de suture [38].
- Gauchin, France (Picardie), 2017 : enquête observationnelle prospective et multicentrique (16 maternités) réalisée par le biais d'un questionnaire à l'intention des 141 sages-femmes[41].
- Cailliet, France (Nord Pas de Calais), 2017 : étude descriptive, multicentrique (33 maternités) et transversale. Elle a été réalisée à partir de questionnaires (105) destinés aux professionnels travaillant en salle de naissance à propos de la technique de réparation périnéale[42].

La littérature actuelle n'offrant que sept articles, les mémoires nous permettent de souligner ses résultats.

▷ Réduction de la douleur

Chez les patientes ayant eu une épisiotomie suturée par la technique continue, 96% ont une douleur entre 0 et 4 à J2, contre 78% pour la technique discontinue ($p = 0,045$). Lors de déchirures du deuxième degré suturées par la technique 1F1N, 100% des patientes évoquent des douleurs légères. Pour le groupe « Points Séparés » 34% souffrent de douleurs légères et 43% de douleurs sévères avec une EVA = 6-7 ($p = 0,0007$) [39]. Ces résultats correspondent à ceux de l'étude de Selo-Ojeme qui décrit une évaluation numérique de la douleur moyenne à 2,8 pour les SKT et 5,6 pour les MKT.[18]

Par ailleurs, ces deux études ont adopté des méthodologies différentes : une analyse les déchirures du deuxième degré et les épisiotomies de manière distinctes, l'autre les prend en compte de manière globale. Considérer les deux groupes semble intéressant en termes de biais : en effet, l'épisiotomie peut avoir un impact psychologique sur la perception de la douleur par la patiente⁷. Ainsi, bien qu'elle soit assimilable à une déchirure du second degré, l'évaluation de la douleur peut être biaisée.

Aussi, il est intéressant de noter que les professionnels semblent avoir complètement intégré cette notion de « diminution de la douleur » avec 81,6% qui estiment que la suture continue est moins pourvoyeuse de douleurs [33]. Par ailleurs, elle est le premier argument en faveur du changement de technique pour 72,6% des professionnels [34].

▷ Moins de douleurs dans les activités quotidiennes

La douleur a été évaluée au moment de la marche, la position assise, la miction, la défécation. Selon Caumeil, 65% des patientes dont les lésions ont été suturées par la technique 1F1N évaluent leur douleur à 0 (par l'échelle visuelle analogique EVA) au moment de la défécation contre 37% pour le groupe 3PS [39]. Les données se superposent à celles de Kettle [14] qui retrouvent une diminution de 26% et celles de Selo-Ojeme avec 30% [18].

⁷ « A l'accouchement, 12 (40%) estiment avoir « bien » vécu l'épisiotomie, 10 (34%) l'ont « assez bien » vécu, 7 (23%) l'ont « mal » vécu et une seule (3%) l'a « très mal » vécu. »[43]

A la mobilisation, 81% des patientes du groupe 1F1N ont une douleur « légère » comprise entre 0 et 4 à la mobilisation ($p=0.0189$) contre 66% pour les patientes du bras 3PS. Le taux de douleurs sévères est doublé passant de 11% à 24% [39]. En lien avec les résultats de Selo-Ojeme, où les valeurs de l'échelle d'évaluation de la douleur BADL doublent : 2,2 pour SKT et 4,2 pour MKT[18].

▷ **Des patientes plus satisfaites**

La satisfaction des patientes est une notion subjective qui paraît difficile à évaluer. Cependant, ce critère est retrouvé aussi bien chez les patientes que chez les professionnels. Dans le mémoire de Caumeil, 65% des patientes jugent la suture « Tout à fait satisfaisante ». Le surjet intradermique rassurerait les patientes. Elles évoquent des motifs tels que : « pas de macération des points, moins peur de l'infection, impression de faciliter la cicatrisation » ; « meilleure reconstruction, identique avant l'accouchement » ; « plus esthétique ne voit rien et ne sent rien au toucher » ; « rassurant car les points ne tombent pas » ; « ne s'accroche pas ». La population restante a qualifié la suture de satisfaisante à 28% et d'insuffisante dans 7% des cas. Cependant, aucune explication n'a été donnée dans l'étude [39].

La revue de Kettle[14], (trois mois et 12 mois post partum), complétée par Selo Ojeme [18] retrouve également en moyenne une satisfaction multipliée par 1,5.

C'est un point qui est soutenu par les professionnels [40][41] : Cailliet, par exemple, retrouvent un taux à 87,2% de professionnels estimant la technique 1F1N plus esthétique par rapport aux points séparés [33].

▷ **Déhiscence et retrait de fils**

La déhiscence et la possibilité de ne pas retirer de fils sont deux inconvénients régulièrement cités par les professionnels [40][44]. Ils sont des freins à l'utilisation de la technique 1F1N malgré les dernières recommandations et études qui montrent moins de déhiscence et moins de retrait de fils [3][11][14].

▷ **La formation**

L'étude PEARLS [35], montre l'impact d'une formation sur l'évolution des pratiques professionnelles. Il pourrait être intéressant dans le cadre d'une étude faisant l'objet d'un mémoire de s'interroger sur l'impact de la formation à la technique 1F1N en comparant un groupe « formé » et « non formé ». Toujours dans l'étude PEARLS, nous constatons une augmentation de la reprise de la sexualité avant neuf semaines du post-partum pour la technique 1F1N (46,7%). Cela peut être un témoin d'une diminution de l'appréhension des patientes mais aussi, de manière indirecte, d'une diminution des dyspareunies, potentiellement liée à la formation.

4.3 Quant à la dyspareunie ?

▷ **Evaluation de la dyspareunie et ses limites**

L'évaluation de la dyspareunie est réalisée dans 11 études (dont neuf essais incluant les 3 619 femmes de la méta-analyse de Kettle, à grande hétérogénéité) [14][18],22]. La dyspareunie est étudiée à trois mois du post partum pour deux de ses études [14][18] dans lesquelles l'évaluation n'a pas été décrite. Dans l'étude de Vasquez, la dyspareunie a été évaluée au troisième, sixième et neuvième mois post-partum au cours d'un entretien téléphonique qui permettait de qualifier la dyspareunie de superficielle ou profonde, et son intensité [22].

Par ailleurs Vasquez ajoute comme limite de l'étude à l'évaluation de la dyspareunie, un effectif insuffisant (n=66) puisqu'il est décrit que 300 patientes par groupe, soit 600 patientes étaient nécessaires pour son étude afin qu'elle soit significative [22].

De même pour Selo-Ojeme où 269 primipares ont été réparties en deux groupes équitables, les résultats sont revenus non significatifs concernant la dyspareunie à trois mois (SKT 4,7% contre MKT 5,5% $p=0,6$) [18].

A ce jour, les études évoquent une tendance majoritaire à la diminution de la dyspareunie non significative. Par ailleurs, c'est une idée qui est retrouvée chez les professionnels : 80% d'entre eux estiment que c'est une technique moins pourvoyeuse de dyspareunie par rapport à la technique des points séparés [42]. Dans le mémoire de Gauchin, la réduction des dyspareunies est le quatrième argument retrouvé en faveur du changement de technique de suture. Les trois

premiers étant : la diminution de la douleur, l'esthétisme et la rapidité d'exécution [41].

Alors pourquoi les études n'atteignent-elles pas ce critère de significativité ? Cela peut s'expliquer par trois principaux arguments.

▷ **La sexualité et la subjectivité de la dyspareunie**

La sexualité appartient à la sphère du privé. Ainsi, quand des troubles apparaissent tels que la dyspareunie, il n'est parfois pas aisé pour les couples de mettre des mots sur ces maux. Il paraît difficile d'évaluer cette douleur, la qualifier et ce, de manière standard. La consultation post-natale réalisée six à huit semaines après l'accouchement inclut le dépistage de la dyspareunie. Cependant, les questions ne sont pas toujours posées par les professionnels : soit par manque de temps, soit parce que le sujet est tabou. Les premiers rapports sexuels ont lieu en moyenne vers la $6,8 \pm 3,3$ semaines après l'accouchement avec un intervalle s'étalant de 2 à 22 semaines. Les patientes qui reprennent les rapports après trois mois l'expliquent par une appréhension de la douleur [22]. Ainsi, la consultation post-partum se place à un carrefour important de la sexualité de la patiente.

Mais, quand la reprise des rapports est plus tardive, certaines dyspareunies peuvent « échapper » au dépistage. Ainsi, l'errance médicale est un risque potentiel. Selon Solidarité Santé⁸, 26,4 % des femmes n'avaient fait aucune démarche dans le but de résoudre leurs difficultés. Pour y remédier, il est important de rappeler qu'une consultation avec un médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme formé en sexologie, est possible si besoin. La rééducation périnéale, si elle est bien conduite, doit aussi jouer un rôle important dans le dépistage et la prise en charge de la dyspareunie. Le lien de confiance créé entre la sage-femme et la patiente lors de ces consultations, doit permettre de libérer la parole des femmes sur ce sujet.

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf consulté le 16/04/19

▷ **Une nécessité d'harmonisation des pratiques**

Le mémoire d'Esnault relève un véritable métissage des pratiques de suture chez les sages-femmes : la suture en 3PS est principalement utilisée (60,2% contre 31,8% pour le fil unique). Le plan vaginal est principalement suturé par la technique du surjet (94,4%). La réfection du plan musculaire est réalisée autant par la technique continue que discontinue (45,5% contre 44,3%). Quant au plan cutané, la technique de suture n'est que très rarement questionnée ; il semble qu'elle soit utilisée dans 56,8% des cas, probablement sous-estimée [40]. Dans les dossiers obstétricaux peu de comptes rendus opératoires complets sont réalisés concernant les techniques de réparation périnéale : seul le type de déchirure et le type de fil utilisé sont mentionnés. Cette situation engendre de vrais biais dans les études. Par exemple, certains professionnels incluent un nœud supplémentaire dans la suture 1F1N. Or, ce nœud peut être source de tension. De la même manière, le surjet intradermique peut être responsable d'une réduction de la douleur même sur une suture en trois plans. C'est ce qu'explique Dallay et Théry, « qui retrouvaient moins de différences de douleurs entre la technique 1F1N et la technique du surjet intradermique, qu'entre la technique 1F1N et la technique en points séparés » [22].

▷ **Cohorte importante de patientes nécessaire pour un suivi sur le long terme**

La dyspareunie est en lien avec la reprise des rapports sexuels, elle impose une démarche de suivi dans le temps, d'évolution. En effet, la plupart des études choisissent de l'évaluer à trois mois, six mois, neuf mois, douze mois et dix-huit mois post partum [15][21]. De plus, il semble que la population doit être conséquente. Selon Vasquez, pour organiser sa cohorte, un minimum de 600 patientes était nécessaire : 300 dans chaque groupe « technique continue » et « technique discontinue ». L'objectif n'a pas été atteint car seules 66 patientes ont été incluses dans l'étude [22]. Dans l'étude Mc Donald, qui évalue la dyspareunie dans le cadre du post partum, 1 507 patientes étaient éligibles. Elles étaient recrutées durant leur grossesse. Au questionnaire des 18 mois post-partum (étape finale de l'étude), le taux de réponse étaient de 88% : 180 patientes se sont retirées de l'étude ou ont été perdues de vue [21].

Nous souhaitons établir un protocole de recherche en maïeutique qui tiendrait compte des biais et limites des études existantes afin de répondre à l'objectif : « Techniques de suture continue « Un fil, Un nœud » et discontinue « Points séparés » : incidence sur la dyspareunie du post-partum».

Or, la revue de la littérature, telle qu'elle a été conduite, relève un impact important du professionnel quant à son choix de technique de suture, à son habileté et à ses réticences à modifier ses pratiques ; choix qui influencerait potentiellement la survenue des dyspareunies après un accouchement.

Une étude complémentaire auprès des sages-femmes et obstétriciens du réseau Périnatalité Méditerranée PACA Est a alors été réalisée afin d'établir un état des lieux des pratiques des professionnels et déterminer les freins éventuels à cette technique.

5. Etude complémentaire : Questionnaires aux professionnels de la région PACA Est

5.1 Objectifs

Il paraissait intéressant de s'interroger sur la position des professionnels quant à la technique de réparation utilisée. Ainsi les objectifs de cette deuxième partie sont :

- De réaliser un état des lieux actuel des pratiques professionnelles quant à la réparation périnéale des déchirures du deuxième degré et des épisiotomies,
- D'analyser les connaissances des professionnels des conséquences connues de la technique 1F1N,
- D'évaluer l'intérêt porté au changement de technique de réparation périnéale,
- De réaliser un état des lieux actuel des pratiques professionnelles quant à la réalisation d'épisiotomie.

5.2 Matériels et méthodes

Le choix de la méthodologie a été orienté sur des questionnaires distribués par les étudiantes sages-femmes et enseignantes en salle de naissance aux professionnels de santé concernés dans six maternités publiques du département PACA Est : Antibes, Archet 2, Bastia, Cannes, Grasse et Monaco sur la période du 8 mars 2019 au 20 mars 2019.

Les critères d'inclusion étaient être sages-femmes, gynécologues-obstétriciens ou internes de spécialité réalisant des accouchements dans un cadre hospitalier.

Au total 108 questionnaires ont été récupérés et analysés avec le logiciel Excel©.

5.3 Résultats

5.3.1 Description de la population

Caractéristiques générales de la population	n	%
Profession	n= 108	(100)
Gynécologue Obstétricien	12	(11,1)
Interne de spécialité	4	(3,7)
Sage femme	92	(85,2)
Années d'expérience	81	(75)
[0-5ans]	25	(30,9)
[6-10ans]	24	(29,6)
[11-20ans]	18	(22,2)
>20 ans	14	(17,3)
Maternité	108	(100)
Antibes	13	(12,1)
Archet II	15	(13,9)
Bastia	20	(18,5)
Cannes	17	(15,7)
Grasse	26	(24,1)
Monaco	17	(15,7)

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

La population intègre 6/10 maternités du département PACA Est (les quatre non participantes sont des structures privées) ; soit une maternité de type III (14%), deux maternités type IIb (42%) et trois maternités de type IIa (44%). Elle compte une majorité de sages-femmes (85%), 4% d'internes de spécialité, et 11% de gynécologue-obstétriciens. La population est composée de 30,9% de professionnels exerçant depuis 0 à 5 ans, 29,6% depuis 6 à 10 ans, 22,2% depuis 11 à 20 ans et 17,3% depuis plus de 20 ans. 27 professionnels n'ont pas répondu à cette question.

Taux d'épisiotomie lors d'un accouchement normal	n	(%)
Sages-femmes	91	(84,3)
<10%	84	(92,3)
10-20%	5	(5,5)
21-30%	2	(2,2)
>30%	0	(0)
Gynécologues-obstétriciens et Internes	15	(13,8)
<10%	11	(73,3)
10-20%	4	(26,7)
21-30%	0	(0)
>30%	0	(0)
Taux d'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale		
Gynécologues-obstétriciens et Internes	16	(14,8)
<10%	6	(37,5)
10-20%	2	(12,5)
21-30%	3	(18,7)
>30%	5	(31,3)

Tableau 2 : Réalisation d'épisiotomie

Lors d'un accouchement normal, 89,6% professionnels déclarent réaliser moins de 10% d'épisiotomie, 8,5% entre 10 à 20%, 1,9% entre 21 à 30% et aucun professionnel évoque réaliser plus de 30% d'épisiotomie.

Lors d'une extraction instrumentale, 37,5% des gynécologues-obstétriciens et des internes de spécialité déclarent réaliser moins de 10% d'épisiotomie et 31,3% plus de 30% d'épisiotomie.

5.3.2 Etat des lieux des pratiques et des connaissances des professionnels vis-à-vis de la technique 1F1N

Pratiques et Connaissances	n	(%)
Technique de suture dans le cadre d'une déchirure médiane simple	105	(97,2)
Un fil, Un nœud	21	(20)
Trois plans séparés	84	(80)
Technique de suture dans le cadre d'une épisiotomie	n=108	(100)
Un fil, Un nœud	31	(28,7)
Trois plans séparés	77	(71,3)
Modifications des pratiques à la suite des recommandations du CNGOF de 2005	104	(96,3)
Oui	7	(6,7)
Non	97	(93,2)
Modifications des pratiques à la suite des recommandations du CNGOF de 2018	103	(95,4)
Oui	9	(8,7)
Non	94	(91,3)
Degré de confiance lors la réalisation de la technique Un fil, Un nœud	107	(99,1)
Oui, tout à fait	16	(14,9)
Plutôt oui	22	(20,6)
Plutôt non	24	(22,4)
Non pas du tout	45	(42,1)

Tableau 3 : Pratiques et connaissances

20 % des professionnels réalisent la réparation d'une déchirure simple par la technique « 1F1N » contre 80% qui pratiquent la technique la technique « 3PS ».

28,7 % des professionnels réalisent la réparation d'une épisiotomie par la technique « 1F1N » contre 71,3 % qui pratiquent la technique la technique « 3PS ».

Si nous nous intéressons à la population des gynécologues-obstétriciens et des internes de spécialité, 42,9% pratiquent la technique 1F1N dans le cadre des déchirures du deuxième degré, et 53,3% lors d'épisiotomie.

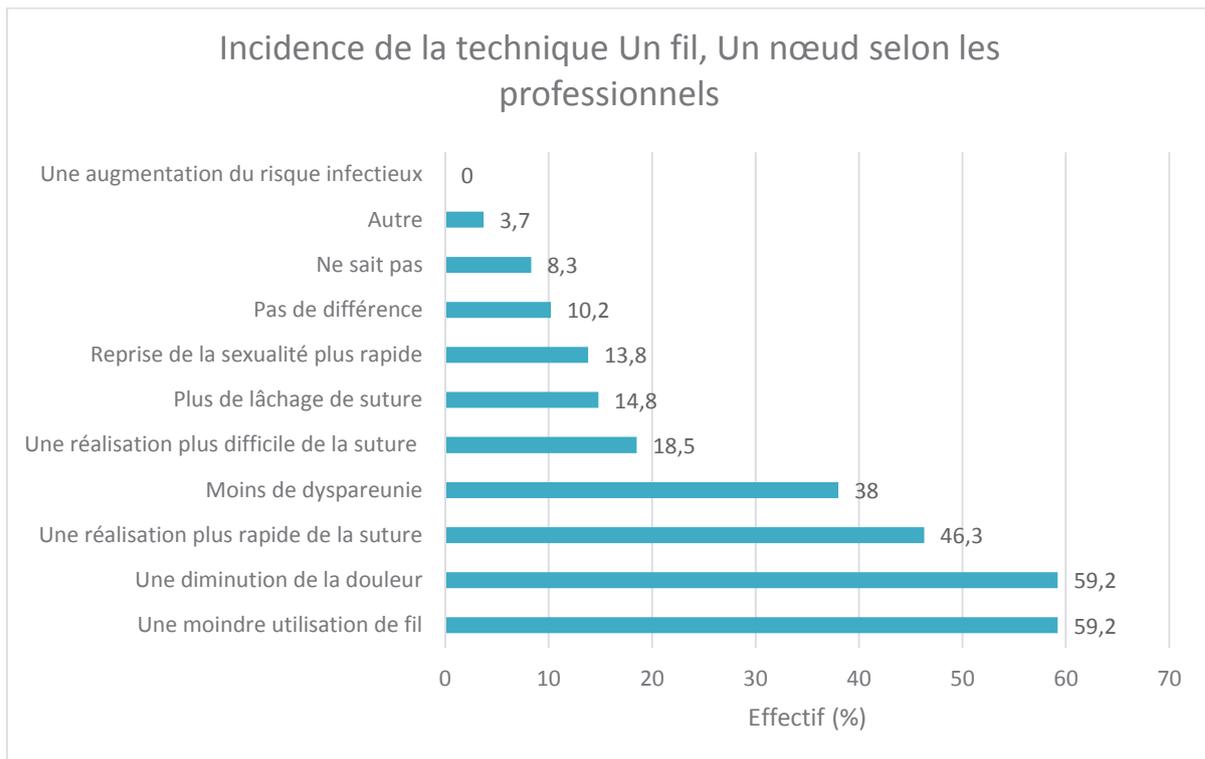


Figure 7: Incidence de la technique 1F1N selon les professionnels

Trois grands domaines ont été abordés dans la question : la douleur périnéale, la technique en elle-même et les possibles complications de la technique de suture. 59,2% des professionnels estiment que la technique « 1F1N » entraîne moins de douleur dans le post-partum, 38% pensent qu'elle entraîne moins de dyspareunie et 13,8% que la reprise de la sexualité est plus rapide. La technique est économique pour 59,2% des professionnels jugeant utiliser moins de fils, 46,3% la qualifient de plus rapide par rapport à la suture « 3PS » et 18,5% la trouvent plus difficile à réaliser.

Quant aux éventuelles complications, 5% de la population retrouvent plus de lâchage de suture et aucun professionnel n'a choisi la proposition « Augmentation du risque infectieux ».

Pour conclure, 14,8% ne trouvent aucune différence entre les deux types de sutures, 8,3% ne connaissent pas les impacts éventuels de la technique 1F1N, 3,7% en ont décrit d'autres à savoir le côté « esthétique » pour deux professionnels.

7% des professionnels ont modifié leur pratique à la suite des recommandations de 2005. 9% des professionnels ont modifiés leurs pratiques à la suite des recommandations de 2018.

En demandant aux professionnels si ils se sentaient à l'aise avec la technique « 1F1N » 15% ont affirmé être tout à fait à l'aise, 21% plutôt oui, 22% plutôt non et 42% non pas du tout.

5.3.3 Intérêt porté au changement de technique de réparation périnéale

Perspectives d'amélioration	n	(%)
Projets de formation à la technique "Un fil, Un nœud"	n=134	(100)
Atelier de suture	56	(41,8)
Compagnonnage par une sage-femme ou un gynéco-obstétricien	51	(38)
Information orale sur la réalisation et les avantages de la techniques	10	(7,5)
Information écrite sur la réalisation et les avantages de la techniques	13	(9,7)
Autres	4	(3)

Tableau 4 : Perspectives d'amélioration.

Cette question portait sur la population « plutôt non » et « pas du tout » à l'aise avec la technique 1F1N, soit 69 personnes (63,8%). Nous avons reçu 134 propositions (questions à choix multiples).

L'atelier de suture et le compagnonnage par un collègue sage-femme ou gynécologue-obstétricien sont les propositions principalement choisies avec respectivement 41,8% et 38%.

5.4 Discussion

Nous n'avons pas retrouvé d'état des lieux sur la position des professionnels quant à la réparation périnéale dans la région PACA Est. Nous avons choisi de distribuer des questionnaires de « la main à la main » dans six maternités de la région (230 questionnaires).

Nous avons pu récupérer et analyser 108 questionnaires ce qui nous a permis de réaliser un bref aperçu de la situation actuelle, avec un taux de réponse de 47%.

5.4.1 Choix de notre population

La répartition de la population dans l'échantillon semblait intéressante pour s'approcher de la réalité : nous retrouvons un taux de sages-femmes hospitalières de 81% dans les questionnaires contre 83,5% selon l'Ordre des sages-femmes⁹ et un taux de gynécologues-obstétriciens hospitaliers de 11% contre 16,5% selon le SYNGOF¹⁰. La comparaison des effectifs d'internes de spécialité est difficilement réalisable car aucun chiffre réel n'a été retrouvé. Cependant, si nous « simulons » en fonction du nombre de places attribuées à la suite de l'ECN, nous pouvons imaginer que près de 1000 internes transitent entre la première et la cinquième année de formation¹¹. Ainsi, en intégrant les internes soit 8,9% de notre population, nous retrouvons 76% de sages-femmes et 15% de gynécologues-obstétriciens.

La répartition des années d'expérience permet aussi une appréciation globale de la situation.

Les six maternités publiques ont été choisies sur des critères pratiques, l'objectif étant de recueillir un maximum de réponses afin d'identifier les besoins locaux, notamment en matière de formations.

5.4.2 L'épisiotomie

Dans le cadre de l'épisiotomie, la technique 1F1N est faiblement réalisée (28,7%). Ces données sont superposables au mémoire d'Esnault [40] qui estime sa réalisation à 31,8%. Cailliet [42], retrouve un taux plus élevé à 37%. La majorité (90%) de notre population réalise moins de 10% d'épisiotomie sur un accouchement physiologique avec un taux en constante diminution (Tableau 1). Ainsi, sa réfection se fait plus rare. Par manque de pratique ou d'assurance, 75,5% des professionnels sutureraient selon la technique enseignée durant leur formation [42]. En effet, 42,1% des professionnels ne sont pas du tout à l'aise avec la technique 1F1N (Tableau 3).

Dans notre population, 53,3% des gynécologues obstétriciens et internes pratiquent la technique 1F1N lors d'épisiotomie (Tableau 3). Or, si nous comparons aux chiffres

⁹ 8463/10134, 2014 <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession>

¹⁰ 1671/10134, 2014: <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf>

¹¹ 200 places attribuées, multipliées par cinq années d'obstétrique = 1000 internes, 2017 : <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/specialites/>

de Cailliet, 82% des gynécologues-obstétriciens déclarent la pratiquer [42]. Cette différence est liée à notre échantillon de population qui est trop faiblement représenté en gynécologue obstétriciens et internes pour être significatif.

Cependant, nous pouvons quand même remarquer qu'ils pratiquent plus régulièrement l'épisiotomie, notamment lors des extractions instrumentales (62,5 % réalisent plus de 20% d'épisiotomie) (Tableau 2). Leur pratique de réparation est ainsi plus régulière, les amenant à pratiquer plus fréquemment la suture 1F1N. Cette technique serait significativement plus enseignée en formation initiale chez les internes que chez les sages-femmes ($p=0,0010$). [38]

5.4.3 La déchirure médiane simple

Dans le cadre de déchirures simples, la technique des plans séparés reste majoritaire à 80%. Si nous nous intéressons aux médecins, 42,9% des gynécologues obstétriciens et internes pratiquent la technique 1F1N dans le cadre des déchirures du deuxième degré (Tableau 3). Nous n'avons pas retrouvé de chiffre au niveau national permettant de comparer nos résultats : la dernière recommandation du CNGOF datant de moins de 3 mois [3], de prochaines études pourront probablement le permettre.

5.4.4 Les connaissances

Les quatre premières propositions les plus cochées étant « Diminution de la douleur », « Réalisation plus rapide de la suture », « moindre utilisation de fil » et « diminution de la dyspareunie » (respectivement), nous pouvons dire que les avantages principaux de la technique sont connus (Figure 7). Nous retrouvons des résultats semblables dans le mémoire de Gauchin qui met respectivement en exergue la réduction de la douleur en post-partum, l'esthétisme, la rapidité d'exécution et la réduction des dyspareunies [41].

▷ Une suture plus économique et rapide à réaliser

Dans le mémoire d'Esnault, 31,8% des professionnels utilisant cette technique évoquent qu'elle est plus rapide ($p=0,01$) [40] semblable à l'étude de Cailliet avec 66,5% contre 33,5% (comparée aux points séparés) [42]. Chez Dulinskie et Gauchin, le gain de temps fait partie des motivations au changement de pratique [38][41]. Le mémoire de Caumeil s'est intéressé à la variable « temps » : pour les déchirures du premier et deuxième degré, 80% des professionnels suturent en moins de 15 minutes en utilisant la technique 1F1N ($p=0,006$) [39]. Dans le cadre de l'épisiotomie, 57% des professionnels suturent en moins de 15 minutes contre 26% pour le groupe points séparés ($p=0,04$) [39]. Le temps n'a pas été plus détaillé : « 15 minutes » est le seul seuil de comparaison. Les données d'Hasanpoor démontrent une moyenne de réalisation de 5,34 minutes pour le groupe suture continue contre 6,54 minutes pour le bras « discontinu » ($p<0,001$) [34]. Même écart retrouvé pour Valenzuela qui retrouve une différence de temps d'une minute, avec un temps de suture plus important (9.6 ± 3.9 min *versus* 10.6 ± 4.9 min; $p = 0.017$). Ainsi, les données sont bien superposables, mais le gain de temps est à relativiser.

D'autre part, les professionnels estiment que la technique de surjet continu est aussi économique (96,7%) [42] car moins couteuse [41]. Caumeil, retrouve une économie de fil avec une quantité moyenne de matériel utilisé correspondant à 2,45 paquets de fils contre seulement 1 paquet pour le groupe 1F1N [39]. Les résultats sont similaires à ceux de l'article de Kettle [14] : sa méta-analyse retrouvent que les opérateurs utilisent plus de fil dans deux études avec l'utilisation de deux paquets voire plus dans la branche « 3PS » contre un paquet pour la technique « 1F1N » [14]. De même, Selo Ojeme décrit l'utilisation de plus de deux paquets dans le groupe « Multiple Knot » avec un taux à 38,2% contre 3,1% dans le groupe « single knot » ($p<0,001$) [18]. Le prix d'un fil Vicryl résorbable étant compris entre 4€ et 5€, ce point n'est pas à négliger.

Les recommandations de 2005 et 2018 ne semblent pas faire évoluer les pratiques. Dans notre population, plus de 90% des participants n'ont pas modifié leurs pratiques après l'émission des recommandations. (Tableau 3) On peut l'expliquer par un manque d'informations des professionnels. Chez Cailliet et Caumeil, une sage-femme sur deux à une sur quatre n'avait pas connaissance du contenu des

recommandations sur ce sujet [42][44]. Aussi, « les professionnels choisissent leur type de réfection selon leur dextérité personnelle pour la méthode » [41].

De surcroît, certains inconvénients persistent pour les professionnels : 14,8% des professionnels estiment que la technique 1F1N est plus à risque de lâchage (Figure 7).

▷ **Risque de lâchage de suture**

L'étude de Kettle dans laquelle cinq essais ont été comparés soit 3 255 femmes, ne retrouve pas de différence dans le risque de re-suture [14]. Le lâchage total de la suture, peut être discuté puisque l'absence de tension et le nœud unique semble ne pas augmenter ce risque [14][18][40]. Dans six essais de la méta analyse, soit 3 453 femmes, la déhiscence (OR =0,46 ; IC 95% [0,29-0,74]) est significativement plus faible dans le bras surjet continu [14].

5.4.5 La formation

Un seul inconvénient semble être véritablement légitime : le manque de formation.

▷ **Manque de confiance en la technique**

Dans la pensée collective, la technique des points séparés présente de nombreux avantages : retrait des points en cas d'infection ou de douleurs plus facilement réalisable, une réfection de la déchirure plus sécurisante, permettant au professionnel de se réajuster rapidement si les berges s'accrochent de manière imparfaite ou encore, quant au risque de lâchage de suture [22][39][40][41].

L'étude de Cronin, réalisée sur la base de l'étude de Bick mais en Nouvelle Zélande avec 654 sages-femmes, l'exprime très bien. Moins de la moitié (42,4%) des sages-femmes déclarent avoir suturé la dernière déchirure au deuxième degré par les techniques de suture recommandées par NICE. «J'utilise des sutures cutanées externes du périnée, même si je sais que ce n'est pas recommandé. Ils fonctionnent bien pour moi, ne semblent pas causer douleur excessive et guérissent bien sans problème » [36].

▷ **Une formation nécessaire**

Bick évoque que, dans les 90% des sages-femmes qui évaluent et réparent elles-mêmes leur épisiotomie, 50% sont aidées par des collègues [44]. L'apprentissage de la réparation de l'épisiotomie est globalement fondé sur le volontariat et le compagnonnage sur le terrain [14].

Cronin a recueilli différents témoignages sur la difficulté d'accès aux formations [36].

Selon Cailliet, 75,5% des sages-femmes n'utilisent pas la technique «1F1N» par manque d'expérience [42]. Dans le mémoire d'Esnault, 25% des sages-femmes participent à des formations sur les sutures périnéales. Sans formation, le choix de la technique de suture est limité ($p=0,011$) : parmi les 82,9% des sages-femmes qui sont formées sur les terrains de stages, près d'une sur deux pratique un seul type de suture. Dans ces cas-là, les techniques majoritairement utilisées sont le surjet simple vaginal (91%), les points séparés pour le plan musculaire (84,4%) et cutané (91,1%). De manière globale, la suture 3PS est estimée être utilisée dans 84,4% des cas [40].

Dulinskie qui a comparé la population des sages-femmes par rapport aux chefs de clinique et gynécologues-obstétriciens, a trouvé que la majorité des professionnels ne réalisant pas la méthode « 1F1N » ne l'a pas apprise durant sa formation initiale [38]. De plus, cette méthode est significativement plus enseignée durant la formation initiale chez les médecins que chez les sages-femmes [38]. La technique la plus usuelle en formation initiale reste la technique 3PS avec points simples sur la peau (53%) [42].

Les motifs de réticence au changement de technique chez les sages-femmes sont principalement : l'inconnu, la perte de maîtrise d'une technique et le processus d'apprentissage [38]. La méthode est choisie par les professionnels selon leur dextérité en premier lieu puis selon avantages connus [42]. Après une formation théorique et pratique organisée dans le mémoire de Caumeil, le taux de réalisation de la technique de surjet continu passe de 12% avant contre 87% après formation [39].

5.4.6 Les perspectives d'amélioration

La majorité des professionnels ne sont pas à l'aise avec cette technique (Tableau 3). Pour y remédier, l'organisation d'atelier de suture (41,8%) et compagnonnage (38%) par des collègues semblent intéresser les professionnels concernés (Tableau 4).

La formation permet l'évolution des pratiques : selon Esnault [40], elle est déterminante dans le choix de la suture ($p=0,011$). Cela est d'autant plus marquant que la recommandation de 2005 réservait l'utilisation de cette technique aux professionnels formés.

Dans la continuité, l'apprentissage de la technique 1F1N dès la formation initiale permettrait de sensibiliser les étudiants et les professionnels qui les encadrent. De plus, les futurs professionnels seraient plus confiant dans la réalisation de cette technique. Ainsi, organiser des ateliers de sutures à l'école de sage-femme de Nice serait une perspective intéressante qui répondrait aussi à des besoins locaux.

6. Vers la rédaction d'un protocole de recherche en maïeutique

L'école de sages-femmes de Nice souhaite se porter promoteur de ce projet de recherche qui serait une étude de suivi de cohorte prospective multicentrique, avec suivi des patientes jusqu'à un maximum de un an post accouchement et répondre à un appel d'offre interne de recherche clinique proposé par la Direction de la Recherche Clinique et de l'innovation du CHU de Nice.

Une telle étude nécessite une démarche rigoureuse et qui réponde aux conditions de protection des personnes et des données de santé.

Nous présenterons lors de la soutenance de ce mémoire l'avancée des démarches entreprises et la trame de ce projet de recherche.

Conclusion

Dans un contexte où les violences obstétricales font débat, il semble important de recentrer les études sur le bien-être de la femme et notamment à travers sa sexualité.

La maternité est une situation particulière et importante dans la vie d'une femme. Elle est un moment clé pour le dépistage de troubles de la sexualité tels que la dyspareunie. Ainsi, les lésions périnéales de l'accouchement reviennent souvent au centre du questionnement des patientes.

Il est clair que la prévention doit être maintenue en première ligne : contrôler l'avancée de la tête fœtale est communément appliquée par tous les professionnels. De la même manière, limiter les épisiotomies comme le préconise le CNGOF est rentré dans les pratiques professionnelles. D'autres techniques de prévention périnéale tels que le massage périnéal durant la grossesse et / ou les compresses chaudes en deuxième phase du travail sont préconisées dans les dernières recommandations émises par le CNGOF en 2018.[3]

Quand une réparation périnéale doit être réalisée, les critères comme la douleur durant le post partum doit être pris en compte afin qu'elle ne soit pas une entrave à la relation mère – enfant. A long terme, l'apparition d'une dyspareunie peut devenir un handicap pour l'épanouissement de la femme dans son couple mais aussi en tant que mère.

Le choix de la technique de suture est donc important : la technique 1F1N doit être favorisée quand cela est possible. Dans le cas d'une déchirure du second degré irrégulière et compliquée la technique 1F/1N peut ne pas être adaptée. La suture intra dermique paraît être une alternative à la technique discontinue ; ce qui signifie qu'il faut malgré tout conserver la technique de suture en 3PS en formation initiale.

Pour conclure, impliquer la patiente dans sa prise en charge tout au long de la grossesse, pendant l'accouchement et dans ses suites paraît une nécessité pour un meilleur vécu de la naissance. Le principe du consentement libre et

éclairé concernant l'épisiotomie a été soulevé par le CIANE¹²: apporter les informations nécessaire à la compréhension des actes afin d'obtenir l'accord de la patiente pour leur réalisation de l'épisiotomie. Dans un futur proche, nous pouvons imaginer que les patientes, informées des avantages de la technique 1F1N, demanderont aux professionnels d'utiliser ce type de suture. Ainsi, être attentif aux désirs des patientes au travers du projet de naissance permet d'expliquer nos choix afin de limiter les « violences obstétricales » qui reposent souvent sur des défauts de communication.

Intégrer la dyspareunie dans un protocole de recherche associant les techniques de sutures pourrait être un moyen d'investir les professionnels dans la prise en charge de la dyspareunie et de faire évoluer les pratiques des professionnels de la périnatalité.

¹² CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2018/02/CIANE_presCNGOF_recoHAS2017-DEF3.pdf

Bibliographie

- [1] Vardon D., Reinbold D., et Dreyfus M., « Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes », p. 17, 2018.
- [2] Yiou R., Costa P., Haab F., et Delmas V., « Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien », *Prog. En Urol.*, vol. 19, n° 13, p. 916- 925, déc. 2009.
- [3] « CNGOF, Prévention et protection périnéale en obstétrique, décembre 2018 ».
- [4] Maillet R., Martin A., et Riethmuller D., « Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 34, n° 5, p. 513, sept. 2005.
- [5] Blondel B., Coulm B., Bonnet C., Goffinet F., et Le Ray C., « Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 46, n° 10, p. 701- 713, déc. 2017.
- [6] Lins V. M. L., Katz L., Vasconcelos F. B. L., Coutinho I., et Amorim M. M., « Factors associated with spontaneous perineal lacerations in deliveries without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study », *J. Matern.-Fetal Neonatal Med. Off. J. Eur. Assoc. Perinat. Med. Fed. Asia Ocean. Perinat. Soc. Int. Soc. Perinat. Obstet.*, p. 1- 6, avr. 2018.
- [7] McDonald E. A., Gartland D., Woolhouse H., et Brown S. J., « Resumption of sex after a second birth: An Australian prospective cohort », *Birth*, vol. 0, n° 0.
- [8] « Safely delivered : a national survey of women's experience of maternity care 2014 ». .
- [9] Verspyck E., Sentilhes L., Roman H., Sergent F., et Marpeau L., « L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. Vol. 35, n° N° S1, p. 40- 51, mars 2008.
- [10] Lansac J., P. Descamps, Goffinet F., et Oury J.-F., « Pratique de l'accouchement 5ème édition ». .
- [11] « Episiotomie : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (decembre 2005) », *Gynécologie Obstétrique Fertil.*, vol. 34, n° 3, p. 275- 279, mars 2006.
- [12] « NVOG, Spontane vaginale baring, 2013 ». .
- [13] « Matériels de suture résorbables pour la réparation primaire de l'épisiotomie et des déchirures du second degré - Kettle, C - 2010 | Cochrane Library ». .
- [14] Kettle C., Dowswell T., et Ismail K. M., « Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears », in *The Cochrane Library*, John Wiley & Sons, Ltd, 2012.
- [15] O'Malley D., Higgins A., Begley C., Daly D., et Smith V., « Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study) », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 18, mai 2018.
- [16] « Prevention of obstetric anal sphincter injuries (OASIS)" - National Danish Guideline Recommendations ». .
- [17] Friedman A. M., Ananth C. V., Prendergast E., D'Alton M. E., et Wright J. D., « Variation in and Factors Associated With Use of Episiotomy », *JAMA*, vol. 313, n° 2, p. 197- 199, janv. 2015.
- [18] Selo-Ojeme D. O., Okonkwo C. A., Atuanya C., et Ndukwu K., « Single-knot versus multiple-knot technique of perineal repair: a randomised controlled trial », *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 294, n° 5, p. 945- 952, nov. 2016.

- [19] Dallay D. et Théry G., « Question : La technique « un fil, un nœud » : faut-il la promouvoir ? », *CNGOF*, 2013.
- [20] Urion L., Bayoumeu F., Jandard C., Fontaine B., et Bouaziz H., « Programme d'assurance qualité pour la prise en charge de la douleur après lésions périnéales obstétricales », *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*, vol. 23, n° 11, p. 1050- 1056, nov. 2004.
- [21] McDonald E. A., Gartland D., Small R., et Brown S. J., « Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 122, n° 5, p. 672- 679.
- [22] Vasquez M., « Évaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies », *Vocat. Sage-Femme*, vol. Vol 8, n° N° 71, p. 22- 25, avr. 2009.
- [23] Mimoun S., « En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 34, n° 5, p. 513, sept. 2005.
- [24] Margueritte F., « Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 64, n° 2, p. 134, avr. 2016.
- [25] Margueritte F., « Déterminants des douleurs pelviennes chroniques féminines », p. 18, 2016.
- [26] Sibert L., Safsaf A., Rigaud J., Delavierre D., et Labat J.-J., « Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques », *Prog. En Urol.*, vol. 20, n° 12, p. 967- 972, nov. 2010.
- [27] Huchon C., Fritel X., Mimouni M., et Fauconnier A., « Algies pelviennes chroniques de la femme. Orientation diagnostique et conduite à tenir », *Gynécologie*, vol. 162-A-10, oct. 2017.
- [28] Paquereau A., « Les dyspareunies du post-partum », p. 88, mars 2010.
- [29] American Psychiatric association, « DSM5 - Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux ». .
- [30] RCOG, « Methods and materials used in perineal repair », présenté à Guidelines n°23, 2004.
- [31] « NICE, Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guidelines, 2014 ». .
- [32] Pergialiotis V., Durnea C., Elfituri A., Duffy J. M. N., et Doumouchtsis S. K., « Do we need a core outcome set for childbirth perineal trauma research? A systematic review of outcome reporting in randomised trials evaluating the management of childbirth trauma », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 125, n° 12, p. 1522- 1531, nov. 2018.
- [33] Bick D. E., Kettle C., Macdonald S., Thomas P. W., Hills R. K., et Ismail K. M., « PERineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 10, p. 10, févr. 2010.
- [34] Hasanpoor S., Bani S., Shahgole R., et Gojazadeh M., « The Effects of Continuous and Interrupted Episiotomy Repair on Pain Severity and Rate of Perineal Repair: A Controlled Randomized Clinical Trial », *J. Caring Sci.*, vol. 1, n° 3, p. 165- 171, août 2012.
- [35] Ismail K. M. K., Kettle C., Macdonald S. E., Tohill S., Thomas P. W., et Bick D., « Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial », *BMC Med.*, vol. 11, p. 209, sept. 2013.
- [36] Cronin R. S., Li M., Culliney K., Maude R., et Nelson K., « Midwifery management of second-degree perineal tears in New Zealand: A cross-sectional survey of practice », *Women Birth*, vol. 31, n° 5, p. 422- 429, oct. 2018.

- [37] Bon J., « L'impact de la douleur périnéale du post-partum sur la reprise des rapports sexuels: étude transversale au sein d'une cohorte de 209 femmes suivies dans une maternité de type III », p. 91, 2017.
- [38] Dulinskie M., « Les freins au changement de technique de suture "un fil, un nœud" des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin », p. 88, 2014.
- [39] Caumeil E., « La suture Un fil Un noeud,: faisons le point »., Mémoire, 2012 .
- [40] Esnault C., « Évaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. Étude prospective à propos de 133 questionnaires », p. 81, mai 2014.
- [41] Gauchin C., « 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. », *Mémoire*, p. 60.
- [42] Cailliet P., « Un fil un nœud VS autres sutures: choix des professionnels », p. 43.
- [43] Lacaille G., « L'épisiotomie: un mois plus tard. Étude prospective, descriptive et unicentrique réalisée auprès de 30 patientes », p. 55, 2015.
- [44] Bick D. E., Ismail K. M., Macdonald S., Thomas P., Tohill S., et Kettle C., « How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 12, p. 57, juin 2012.

« Lésions périnéales et les techniques de sutures continue et discontinue : incidence sur la dyspareunie du post-partum. »

Bonjour, je suis Marion Bastlica, élève sage-femme en 5^e année à l'école de Sage-Femme de Nice. Je réalise mon mémoire de fin de cursus sur les techniques de suture de déchirures du second degré et d'épisiotomie « 3 plans versus 1 III/1 nœud » par les professionnels de la périnatalité.

La première partie de ce travail est une revue de la littérature. La seconde concerne les professionnels. Aussi, je vous sollicite à travers ce questionnaire, très rapide à répondre.

Je vous remercie du temps consacré à répondre à ce questionnaire.

Vous êtes :

- Gynécologue-Obstétricien
- Interne de spécialité
- Sage-femme

Depuis combien de temps exercez-vous ? _____

Votre lieu d'exercice :

- Antibes
- Archet II
- Cannes
- Grasse
- Monaco
- Bastia

1) Quelle technique de suture utilisez-vous prioritairement face à une déchirure du 2^e degré ?

- La technique "Un fil, Un nœud"
- La technique "3 plans séparés"

2) Quelle technique de suture utilisez-vous prioritairement face à une épisiotomie ?

- La technique "Un fil, Un nœud"
- La technique "3 plans séparés"

3) Selon vous, par rapport à la technique des "3 plans séparés", la technique "Un fil, Un nœud" entraîne :

- Aucune différence entre les deux techniques
- Plus de lâchage de suture
- Une moindre utilisation de fil
- Une diminution de la douleur dans le post-partum
- Une reprise de la sexualité plus rapide
- Une diminution des dyspareunies
- Une augmentation du risque infectieux
- Une réalisation plus difficile de la suture
- Une réalisation plus rapide de la suture
- Autre :
- Je ne sais pas

4) Les recommandations du CNGOF en 2005 en matière de suture de déchirures du 2^e degré et épisiotomie ont-elles modifié votre pratique ?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi ?

5) Les recommandations du CNGOF en 2018 en matière de suture de déchirures du 2^e degré et épisiotomie ont-elles modifié votre pratique ?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi ?

6) Les recommandations du CNGOF de 2018 réaffirment la supériorité de la technique de suture 1 III/1 nœud pour les sutures des déchirures du 2^e degré/épisiotomie. Vous sentez-vous à l'aise avec cette technique ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non, pas du tout

7) Si non, quelle(s) proposition(s) vous permettrait d'être plus à l'aise avec cette technique ? (Plusieurs choix possibles)

- Atelier de suture
- Compagnonnage par une sage-femme ou un gynéco-obstétricien
- Information orale sur la réalisation et les avantages de la technique
- Information écrite sur la réalisation et les avantages de la technique
- Autre

8) Quel serait selon vous, votre taux personnel d'épisiotomie lors d'un accouchement normal ?

- <10%
- 10-20%
- 21-30%
- >30%

9) Quel serait selon vous, votre taux personnel d'épisiotomie lors d'une extraction instrumentale ?

- <10%
- 10-20%
- 21-30%
- >30%
- Non concerné

Titre : Techniques de suture continue « Un fil, Un nœud » et discontinue « Points séparés » : incidence sur la dyspareunie du post-partum. À partir d'une revue de la littérature de sept articles et d'une étude complémentaire des pratiques des professionnels des maternités de PACA Est

Résumé :

Objectifs : Identifier l'incidence des dyspareunies du post partum selon la technique de suture des épisiotomies et des déchirures du deuxième degré. - **Matériels et méthodes :** Revue de la littérature conduite de juillet 2018 à février 2019, avec étude complémentaire auprès des professionnels du Réseau Méditerranée PACA Est sur leur techniques de suture. - **Résultats :** sept articles ont été retenus et analysés. La technique « 1F1N » est moins pourvoyeuse de douleurs dans le post-partum associée à une plus grande satisfaction des patientes. C'est aussi une technique esthétique, qui associe moins de douleurs dans les activités du quotidien. Ces arguments entrent en compte dans les composantes psychique et physique de la dyspareunie. Ils peuvent ainsi expliquer cette tendance à la diminution de la dyspareunie qui est présente dans la majorité des études mais de manière non significative. A propos des professionnels de la région, 108 questionnaires (47% de participation) ont été analysés : 20 à 28,7% suturent en 1F1N, les recommandations 2005-2018 n'ayant entraîné que peu de modifications des pratiques (<10%). Ainsi, le principal frein est le manque de formation. - **Discussion :** Malgré des professionnels qui connaissent les avantages de la technique, le manque de formation empêche l'évolution vers la technique 1F1N. A cela s'ajoute la subjectivité de la dyspareunie, la nécessité d'une grande population et un manque d'harmonisation des pratiques rendant difficile la réalisation d'une étude aboutissant à des résultats significatifs. - **Conclusion :** Dans un contexte où les violences obstétricales font débat, il semble important de recentrer les études sur la santé sexuelle de la femme, notamment en établissant un protocole de recherche en maïeutique.

Mots clefs : dyspareunie, réparation périnéale, technique de suture, suture continue

Title: Continuous and discontinuous suture techniques: impact on postpartum dyspareunia. From a review of the literature of seven articles and a complementary study of the practices of maternity professionals in PACA Est.

Abstract:

Aims: To identify the incidence of postpartum dyspareunia using suture technique of episiotomies and second degree tears. - **Materials and methods:** Review of the literature conducted from July 2018 to February 2019, with a complementary study among PACA East Mediterranean Network professionals on their suture techniques.- **Results:** seven articles were selected and analyzed. The "1F1N" technique is less likely to cause pain in the postpartum period. It is associated with greater patient satisfaction. It is also an aesthetic technique, which associates less pain in everyday activities. These arguments are taken into account in the psychic and physical components of dyspareunia. They can thus explain this tendency to decrease the dyspareunia which is present in the majority of the studies but in a non significant way. Concerning the professionals of the region, 108 survey (47% of participation) were analyzed: 20 to 28.7% are using the technique 1F1N, the 2005-2018 recommendations having led to few changes in practices (<10%). So, the main obstacle is the lack of training.- **Discussion :** Despite the professionals who know the advantages of the technique, the lack of training prevents the evolution towards the 1F1N technique. This adds to the subjectivity of dyspareunia, the need for large population and a lack of harmonization of practice difficult to carry out the study about significant results. - **Conclusion:** In a context where obstetric violence is debating, it seems important to refocus studies on the sexual health of women, notably by establishing a research protocol in maieutics.

Keywords : dyspareunia, perineal repair, suture techniques, suture continue