



HAL
open science

État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice : dans quelles circonstances les sages-femmes réalisent-elles une épisiotomie ?

Priscilla Mazzini

► To cite this version:

Priscilla Mazzini. État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice : dans quelles circonstances les sages-femmes réalisent-elles une épisiotomie ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271291

HAL Id: dumas-02271291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271291>

Submitted on 26 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.

École de Sages-Femmes de Nice

Université Nice Sophia-Antipolis

Faculté de Nice

Ecole de Sages-femmes de Nice – Fondation BELLET

État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice :

*Dans quelles circonstances les sages-femmes
réalisent-elles une épisiotomie ?*

Priscilla MAZZINI

Née le 17 novembre 1995

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 17 Juin 2019

Directrice de mémoire : Gabrielle ESNAULT

Co-direction : Alexandra MUSSO

DIPLÔME D'ETAT SAGE-FEMME 2019

École de Sages-Femmes de Nice

Université Nice Sophia-Antipolis

Faculté de Nice

Ecole de Sages-femmes de Nice – Fondation BELLET

État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice :

*Dans quelles circonstances les sages-femmes
réalisent-elles une épisiotomie ?*

Priscilla MAZZINI

Née le 17 novembre 1995

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 17 Juin 2019

Directrice de mémoire : Gabrielle ESNAULT

Co-direction : Alexandra MUSSO

DIPLÔME D'ETAT SAGE-FEMME 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement,

Ma directrice de mémoire, Gabrielle Esnault, pour son soutien, son investissement et sa patience.

Alexandra Musso pour son aide, son soutien et ses précieux conseils toujours justes.

L'équipe pédagogique pour l'enseignement et l'encadrement tout au long de ces 4 années d'études.

Les Sages-femmes du CHU de Nice pour leurs participations à mon travail.

Le Service et la direction du pôle mère-enfant pour m'avoir permis de mener cette étude.

Enfin,

À mes copines "BDF" pour l'aide, le soutien, les rires, l'amour.

À Charlotte et Victoria, mes acolytes depuis le premier jour pour leur soutien et sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

À mes parents et ma famille, pour leur humour et pour avoir cru en moi les yeux fermés.

À ma belle-mère pour m'avoir nourrie et supportée chez elle les deux années passées.

Enfin, à mon amoureux Rémy, pour ses participations ponctuelles, son soutien infailible, sa douceur et sa bonne humeur à toutes épreuves.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AG	Âge Gestationnel
AVB	Accouchement Voie Basse
ARCF	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
APD	Analgésie PériDural
AUS	Australie
BIP	Diamètre bipariétal
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologue Obstétricien Français
CPDP	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CR	Compte-Rendu / CRO Compte-Rendu Opérateur
DEE	Durée des Efforts Expulsifs / EE Efforts Expulsifs
DIM	Département d'Informations Médicales
ENP	Enquête Périnatal
EPF	Estimation de Poids Fœtal
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERCF	Enregistrement Rythme Cardiaque Fœtal
ERMPP	Exercice de Renforcement des Muscles du Plancher Pelvien
EU	Etats-Unis
GO	Gynécologue-Obstétricien
HAS	Haute Autorité de Santé
HU	Hauteur Utérine
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
LA	Liquide amniotique (« C » Clair, « T » teinté, « M » méconial, « S » sanglant)
LF	Longueur fémoral
LOSA	Lésion obstétricale du Sphincter Anal
MEOPA	Mélange Oxygène et Protoxyde d'Azote

OIGA/DA	Occipito-iliaque gauche antérieur ou droit antérieur
OIGP/DP	Occipito iliaque Gauche Postérieur ou Droit Postérieur
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	Occipito-Pubien
OS	Occipito-Sacré
PA	Périmètre Abdominal
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PC	Présentation Céphalique
QCM	Question à Choix Multiple
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal / ERCF Enregistrement Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	Retard de Croissance In Utéro
RCP	Recommandations pour la Pratique Clinique
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SA	Semaine d'Aménorrhée
SDN	Salle De Naissances
SF	Sage-femme
UK	United Kingdom
VBI	Voie basse instrumentale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Taux d'épisiotomie du service sur 2016, 2017 et 2018.....	28
Tableau 2 - Taux d'épisiotomie des gynécologues-obstétriciens.....	29
Tableau 3 - Détail du taux d'épisiotomie des sages-femmes en 2016	30
Tableau 4- Détail du taux d'épisiotomie de sages-femmes en 2017	31
Tableau 5- Détail du taux d'épisiotomie de sages-femmes en 2018	32
Tableau 6- caractéristiques principaux de la population.....	33
Tableau 7- Déroulement de la grossesse et antécédents	34
Tableau 8-Echographies et biométries fœtales	35
Tableau 9 – Déterminants du travail (partie 1/2).....	36
Tableau 10 - Déterminants du travail (partie 2/2).....	37
Tableau 11- Méthodes analgésiques	38
Tableau 12- Oxytocine pendant le travail.....	38
Tableau 13- Durée des efforts expulsifs ajustée à la présence d'ARCF.....	40
Tableau 14 - Variétés de présentation et d'expulsion de la tête fœtale	41
Tableau 15- Eléments de surveillance de l'état néonatal	42
Tableau 16- Poids néonataux classés par catégories.....	43
Tableau 17- Profil des professionnels avec un taux à 0%	55
Tableau 18- Profil des professionnels avec un taux supérieur à 10%.....	56
Tableau 19 - Résumé des taux d'épisiotomie des sages-femmes sur 3 ans.....	62
Tableau 20 - Evolution des taux d'épisiotomie des opérateurs au cours de l'étude	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1- Episiotomie médiane, médio-latérale et latérale (74)	14
Figure 2 - Classification des déchirures périnéales obstétricales anglo-saxonne et française (9)	15
Figure 3- Evolution des taux des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens	29
Figure 4- Etat périnéal à l'issue de l'accouchement	39
Figure 5 - Diagramme de flux des professionnels inclus dans l'étude.....	46
Figure 6- indications systématiques constatées pendant les études des professionnels.....	47
Figure 7- Pourcentage d'épisiotomies réalisées pendant les études	48
Figure 8- Réponses quant aux indications systématiques recommandées.....	52
Figure 9- Objectif national en terme d'épisiotomie selon les professionnel	53
Figure 10- Solutions proposées pour améliorer les pratiques des professionnels	54

TABLES DES MATIERES

Remerciements	4
Liste des abréviations et acronymes.....	5
Liste des Tableaux	7
Liste des Figures.....	8
Tables des matières.....	9
Introduction.....	13
1 Etat de l'Art.....	14
1.1 Episiotomie, contexte et définitions.....	14
1.1.1 L'épisiotomie : définition(s)	14
1.1.2 Les différents degrés de déchirure périnéale (classification anglo-saxonne)	14
1.1.3 Objectifs de l'épisiotomie.....	15
1.1.4 L'épisiotomie, quels retentissements ?	15
1.1.5 L'épisiotomie – synthèse et points clés d'un passé controversé.....	16
1.2 L'épisiotomie dans le monde.....	19
1.3 L'épisiotomie en France	20
1.3.1 Evolution progressive du taux national.....	20
1.3.2 L'épisiotomie en région PACA	20
1.3.3 Le modèle « ultra-restrictif » du CHU de Besançon (26).....	21
1.4 L'épisiotomie au CHU de Nice.....	22
1.4.1 Données du DIM.....	22
1.5 Problématique	23
2 Matériel et méthodes.....	24
2.1 Type d'étude.....	24
2.2 Hypothèses et objectifs	24
2.3 Définitions des axes et outils de recueil.....	25
2.3.1 Première partie de l'étude	25

2.3.2	Seconde partie de l'étude.....	25
2.3.3	Troisième partie de l'étude	25
2.4	Définition de la population.....	25
2.4.1	La population de patientes	26
2.4.2	La population de professionnels	26
2.5	Méthode d'analyse	27
2.6	Rendu des résultats à l'équipe	27
2.7	Finalité et impact de l'étude.....	27
3	Résultats.....	28
3.1	Taux d'épisiotomie des professionnels.....	28
3.1.1	Données du service	28
3.1.2	Evolution du taux sur 3 ans.....	28
3.1.3	Taux des gynécologues-obstétriciens	29
3.1.4	Taux des sages-femmes	30
3.2	Données issues des dossiers obstétricaux.....	32
3.2.1	Caractéristiques principales des patientes.....	33
3.2.2	Déroulement de la grossesse	34
3.2.3	Déroulement du travail	36
3.2.4	Elément(s) de surveillance néonatale.....	42
3.2.5	Eléments non présentés.....	44
3.2.6	Synthèse des résultats	44
3.3	La population de professionnel.....	45
3.3.1	Méthode de recensement.....	45
3.3.2	Caractéristiques principaux des professionnels	46
3.3.3	Le cursus d'étude	46
3.3.4	Pratique de l'épisiotomie pendant la vie professionnelle	48

3.3.5	Etat des lieux des connaissances sur les recommandations du CNGOF de 2005.....	52
3.3.6	Amélioration des pratiques	53
3.4	Profil des sages-femmes confronté à la pratique de l'épisiotomie.....	55
3.4.1	Les sages-femmes avec un taux de 0%.....	55
3.4.2	Les sages-femmes avec un taux supérieur à 10%.....	56
3.4.3	Confrontation des deux groupes	57
4	Discussion	58
4.1	Forces, biais et limites.....	58
4.1.1	Forces de l'étude	58
4.1.2	Biais et limites.....	59
4.2	Validation des hypothèses	59
4.2.1	Positionnement de la maternité de l'Archet.....	59
4.2.2	Caractéristiques des patientes et circonstances de l'épisiotomie.....	63
4.2.3	Déterminants de la pratique des professionnels selon les réponses du questionnaire.....	75
4.2.4	Profil des sages-femmes confronté à la pratique de l'épisiotomie	84
4.3	Propositions et axes d'améliorations.....	84
	Conclusion	88
	Bibliographie	I
	ANNEXES	VI

INTRODUCTION

L'épisiotomie ou périnéotomie est une incision du périnée en partant de la commissure de la fourchette vulvaire soit médio-latérale vers les ischions, soit médiane vers l'anus¹. (1) (2)

L'épisiotomie est devenue au XXème siècle l'intervention obstétricale la plus pratiquée après la section du cordon. (3) Elle a longtemps été considérée comme protectrice des déchirures périnéales graves. Sa pratique fait l'objet d'une évolution constante, influencée par la clinique, la littérature scientifique, le contexte socioculturel, mais aussi par les dynamiques institutionnelles dans lesquelles la pratique obstétricale s'est ancrée. (4)

Dans le climat actuel en France où l'on parle régulièrement des "violences obstétricales", l'épisiotomie est de plus en plus remise en cause, suite notamment à la parution de nombreux ouvrages et l'émergence des réseaux sociaux. Beaucoup de femmes ayant accouché s'insurgent contre cette pratique qu'elles considèrent avoir subi « à tort » sans raison médicale concrète. (5) (6) La majorité de ces patientes décrit un vécu très difficile. C'est un geste incompris sur le plan médical et dont l'utilité bénéficie d'une mauvaise presse. Un sujet de mémoire sur la réalisation des épisiotomies semblait être approprié afin de positionner la maternité de l'Archet par rapport à ces polémiques.

En effet, depuis les recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France) de 2005 qui appellent à une diminution du taux d'épisiotomie en France en dessous de 30%, la France est dans une optique de restriction. (7) Selon les résultats de l'enquête périnatale de 2016 (8), ces recommandations ont engendré une baisse significative du taux d'épisiotomie par rapport aux chiffres de 2010, sans toutefois augmenter le taux de déchirures de 3ème et 4ème degré.

En France, il reste difficile de déterminer avec exactitude un taux national d'épisiotomie. Compte tenu de l'hétérogénéité de la pratique en fonction du type de l'établissement : hôpital privé ou hôpital public, du type de la maternité (I, IIA, IIB, III), de la région... (8) La limitation de la pratique de l'épisiotomie est appliquée de façon variable. La réalisation de l'épisiotomie et sa suture est une compétence des sages-femmes. Il nous a donc semblé pertinent de nous interroger sur la réalisation de l'épisiotomie au sein du CHU de l'Archet et ses déterminants.

¹ "episio" préfixe grec relatif à la vulve ; "tomie" préfixe grec relatif à la section

1 ETAT DE L'ART

1.1 Épisiotomie, contexte et définitions

1.1.1 L'épisiotomie : définition(s)

Une épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée postérieur au moment de l'expulsion du nouveau-né. Elle a pour objectif d'élargir l'orifice vaginal distendu par le mobile fœtal. Elle s'intéresse aux trois plans du périnée, le plan vaginal, le plan musculaire, et le plan cutané. La réfection d'une épisiotomie se fera donc selon le même modèle afin d'être le plus anatomique possible, selon différentes méthodes de sutures. L'épisiotomie devrait s'effectuer idéalement sur un périnée amplifié, au petit couronnement à un moment opportun ; c'est-à-dire lors d'une contraction utérine ou d'un effort expulsif (EE) de la patiente. L'épisiotomie peut varier en terme d'orientation et de longueur. Elle peut être faite en médio-latérale, en latérale ou en médiane. Le CNGOF définit comme « médio-latérale » la pratique préférentielle de l'épisiotomie en France. (7) (9)

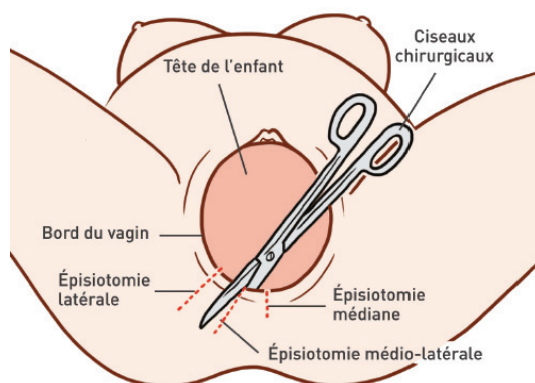


Figure 1- Episiotomie médiane, médio-latérale et latérale (74)

1.1.2 Les différents degrés de déchirure périnéale (classification anglo-saxonne)

La classification du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ou classification anglo-saxonne, est la classification de référence en matière de déchirure périnéale. Cette dernière classe les déchirures en degré tandis que la classification française donne des intitulés. (9)

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 (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Figure 2 - Classification des déchirures périnéales obstétricales anglo-saxonne et française (9)

**LOSA : Lésion(s) Obstétricale(s) du Sphincter Anal*

Le premier degré correspond à une déchirure périnéale isolée (c'est également le 1^{er} degré français.) Le deuxième degré correspond à une atteinte du noyau fibreux central. Le troisième degré s'intéresse à une atteinte du sphincter anal. Enfin le 4^{ème} degré correspond à une déchirure complète compliquée avec rupture du sphincter anal.

1.1.3 Objectifs de l'épisiotomie

Lors de l'expulsion, le périnée de la patiente est à risque de se déchirer. L'opérateur ne peut pas contrôler, prévenir ou anticiper les axes de déchirures. Le risque majeur de la déchirure périnéale naturelle est le « périnée complet compliqué » c'est à dire une déchirure du 4^{ème} degré considérée - avec le 3^{ème} degré - comme une déchirure sévère. L'épisiotomie a longtemps été considérée comme protectrice de ces lésions sévères et on retrouvait dans la littérature qu'une distance ano-vulvaire inférieure à 3 centimètres constituait une indication concrète d'épisiotomie. (10)

1.1.4 L'épisiotomie, quels retentissements ?

L'épisiotomie est un geste chirurgical qui n'est pas sans conséquence. Elle est à risque de complications physiques telles que des douleurs (immédiates ou consécutives à un hématome ou une désunion), un risque hémorragique augmenté dans le per ou post-partum. Il y a également un risque plus important d'inflammation, d'infection et d'œdème. Enfin, au niveau

psycho-social, plusieurs patientes décrivent un vécu difficile, avec des difficultés pour se réapproprier leur corps et reprendre une activité sexuelle (dyspareunies). (11)

1.1.5 L'épisiotomie – synthèse et points clés d'un passé controversé

1.1.5.1 De la création de l'épisiotomie à la systématisation chez les primipares

L'épisiotomie est décrite pour la première fois en 1742 par Sir Fielding Ould², au Rotunda Hospital de Dublin comme la « possibilité de couper le périnée maternel à l'aide d'une paire de ciseaux en passant une lame de ces derniers entre la tête fœtale et le vagin maternel, en direction de l'anus, aussi loin que nécessaire, quand l'extraordinaire constriction de l'orifice externe vaginal ne peut être levée au doigt » (10). C'est une procédure d'urgence, geste de dernier recours ayant pour but de limiter la morbidité maternelle et fœtale en diminuant le temps d'expulsion. Il la préconise largement en cas d'accouchement difficile et décrit de nombreux bénéfices tels qu'une réduction des incontinences urinaires et fécales. Néanmoins, l'épisiotomie reste peu pratiquée jusqu'au début du XXème siècle. En effet, l'opposition est présente et plusieurs arguments viennent contredire l'adhésion au geste ; les techniques anesthésiques efficaces n'existent pas et le risque élevé d'infection maternelle limite toute décision d'acte chirurgical. (12)

C'est à partir de 1920, aux Etats Unis, que l'utilisation de l'épisiotomie se généralise. Le gynécologue De Lee pratique et recommande une utilisation systématique de l'épisiotomie médio-latérale. En 1921, il publie un ouvrage intitulé « *The prophylactic forceps operation* » où sont recensées diverses pratiques pour l'accouchement dont la « périnéotomie ». Le terme « d'épisiotomie préventive » est né. A cette époque, De Lee et ses collaborateurs sont très influents. Les pays industrialisés adoptent peu à peu cette tendance, influencés également par l'évolution des structures de naissances et la médicalisation de l'accouchement. Ce fut plus tardif pour le reste du monde. (12) L'épisiotomie devient progressivement quasiment systématique avec un taux de réalisation tendant à 100% chez la primipare et supérieur à 95 % chez la multipare. (13)

² Sir Fielding Ould. *A treatise on Midwifery. In three parts.* dublin : Nelson and Connor, 1742

1.1.5.2 Remise en question et restriction de la pratique de l'épisiotomie depuis les années 2000

A partir des années 1980, la tendance majeure considérant l'épisiotomie comme un modèle de prophylaxie périnéale est érodée par la publication d'articles et d'ouvrages dans le domaine. Thacker et Banta sont les premiers à mettre en question le bien-fondé du geste en remarquant qu'aucune étude rigoureuse n'avait été réalisée à ce sujet. A travers une riche revue de la littérature, ils mettent en évidence une augmentation significative de la douleur dans le post-partum après une épisiotomie et une augmentation de la mortalité maternelle. (14)

Suite à cette revue et au développement de la médecine basée sur le niveau de preuve, d'autres publications émergent mettant elles aussi en doute le recours systématique, les bénéfices supposés et les risques réels de la pratique. Le terme de "mutilation génitale" est même utilisé par Wagner dans le journal *The Lancet* en 1999. (15) (16)

Mais ce n'est qu'en 1995, que Woolley (17) publie un réquisitoire structuré contre l'utilisation répandue de l'épisiotomie. En effet, aucun des avantages cités précédemment n'a été démontré avec le recours à l'épisiotomie, qu'elle soit médiane ou médio-latérale. Depuis, de nombreuses études continuent de remettre en doute son intérêt. (18) En réponse à la généralisation des discours professionnels contre l'épisiotomie de routine, l'OMS prend position en 1997 contre une large utilisation et établit un objectif de réalisation de 10%. (19)

En 2000, une revue systématique de la *Cochrane Data base* montre qu'une utilisation plus restrictive de l'épisiotomie présente plus de bénéfices qu'une utilisation dite « de routine » car elle diminue le taux de traumatismes sévères, de sutures et de « complications douloureuses ». (20)

En 2002, la nouvelle loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vient promouvoir les droits des usagers. (21) Les améliorations apportées et la facilité d'accès à l'information médicale ont encouragé les usagers à exprimer davantage leurs attentes via les nouvelles plateformes disponibles tels que les médias ou Internet. L'épisiotomie représente un cheval de bataille de choix dans le secteur de l'obstétrique et est peu à peu devenue le "symbole" des revendications des associations féministes. (6) (22)

Donnant suites aux RCP de l'OMS en 1996, il a fallu attendre 2005 pour qu'en France, le CNGOF publie des recommandations pour la pratique clinique relatives à l'épisiotomie. On détaillera plus loin le contenu de ces recommandations. Le taux est alors fixé à 30%. Elles ont

permis de diminuer d'un tiers le taux d'épisiotomie réalisé chez une primipare entre 1998 et 2010. (8)

Des études comparatives ne cessent de montrer l'intérêt d'une pratique restrictive en montrant une augmentation des périnéés intacts tout en diminuant les déchirures périnéales sévères.

1.1.5.3 Recommandations du CNGOF en matière d'épisiotomie

Le CNGOF a scindé la réalisation de l'épisiotomie selon 2 groupes de pratiques, d'une part on parle de pratique « libérale » c'est à dire une pratique dite opérateur-dépendant, et d'autre part, on parle de pratique « restrictive » en continuité avec la politique qui tend à limiter à un minima la réalisation de l'épisiotomie. Il a été constaté que la pratique libérale n'a pas rempli ses objectifs et est, par conséquent, non recommandée par le CNGOF. (7)

Au cours d'une exploration de la pratique de l'épisiotomie, le CNGOF s'est intéressé à une série de situations obstétricales où s'est posée la question de l'intérêt d'une épisiotomie systématique : les manœuvres obstétricales, la suspicion de macrosomie, les extractions instrumentales, la primiparité, les variétés postérieures persistantes, la présentation de la face, la présentation du siège ou l'accouchement gémellaire, lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, les antécédents de lésions périnéales du 3^{ème} et du 4^{ème} degré et de mutilations, un rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion. Parmi toutes les situations évoquées, il n'a pas été établi comme « intéressant » ou « utile » de pratiquer une épisiotomie systématique. Le CNGOF conclut simplement en fin de rapport : « une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel) ». (7)

1.1.5.4 Recommandations du CNGOF en matière de protection périnéale

En 2018, de nouvelles RPC (Recommandation pour la Pratique Clinique) sont parues relatives à la protection périnéale. Le CNGOF parcourt et statue sur un ensemble de solutions évoquées pour prévenir les LOSA³. Les moyens suivants ont été étudiés : le massage périnéal, la méthode « épi-no »⁴, la rétention manuelle de la tête fœtale lors de l'expulsion et le soutien du périnée postérieur lors de l'expulsion. (9)

³ LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal : Correspondant aux lésions du 3^{ème} et 4^{ème} degré de la classification anglo-saxonne

⁴ Méthode épi-no : ballonnet que la patiente insère dans son vagin pendant la grossesse et qu'elle peut gonfler manuellement pour distendre le périnée

Parmi les recommandations formulées sont retenues celles qui présentent un intérêt certain pour ce sujet. Elles sont classées par ordre décroissant de niveau de preuve :

- Au cours d'un accouchement normal, il n'est pas recommandé de pratiquer une épisiotomie pour réduire le risque de LOSA. (Grade A)
- La formation à la protection périnéale obstétricale est recommandée. (Grade B)
- Il est recommandé de pratiquer une épisiotomie avec une incision médio-latérale. (Grade B) avec un angle d'incision à 60°. (Grade C)
- La pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA. (Grade C)
- En cas d'accouchement instrumental, une épisiotomie peut être pratiquée pour éviter une LOSA. (Grade C)

Néanmoins d'autres éléments intéressants sont évoqués dans ces RPC, par exemple le massage périnéal pendant la grossesse est recommandé pour les femmes qui souhaitent le pratiquer, (Grade B) à l'inverse la méthode « Epi-no » ainsi que les exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (ERMPP) ne sont pas recommandés. Par ailleurs, les auteurs ne se prononcent pas sur l'intérêt d'une rotation manuelle en cas de variété postérieure de la tête fœtale.

Cette réflexion nouvelle apporte un rafraîchissement des recommandations de 2005 relatives à l'épisiotomie. (7) Un autre axe est adopté pour ces RPC, il s'agit ici de promouvoir une prévention plutôt que de réduire une pratique.

1.2 L'épisiotomie dans le monde

En Mars 2018, un article dans le journal *Health Care for Women international* a été publié. Cet article intitulé « Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices » établit chronologiquement l'évolution du taux global d'épisiotomie pour 72 pays. (18)

Parmi les constats des auteurs, une forte connexion entre l'augmentation de la pratique de l'épisiotomie avec la médicalisation et l'institutionnalisation de la naissance a été remarquée. Le niveau de développement du pays semble jouer un rôle dans la représentation de

l'épisiotomie dans les pratiques ainsi que sur l'existence de données épidémiologiques ou non.

De façon globale, aux Etats-Unis et en Europe, la pratique de l'épisiotomie va se généraliser au fur et à mesure des années. Les taux passent par exemple de 52,9% en 1933 à 63,1% en 1982 aux EU. Puis, en parallèle des recommandations de l'OMS (23) et des publications scientifiques, la pratique va fortement diminuer. Ce déclin est particulièrement notable en Angleterre et en Australie, les taux ont chuté de 36,0% (UK,1989) à 20% (UK, 1994) pour l'un et de 65% (AUS,1986) à 23% (AUS,1991) pour l'autre.

Dans le reste du Monde, la pratique de l'épisiotomie est très variable avec une exception pour les pays nordiques qui possèdent un taux d'épisiotomie en dessous des 10% grâce à leur approche très "physiologique" de l'accouchement.

1.3 L'épisiotomie en France

1.3.1 Evolution progressive du taux national

Depuis les années 1980-1990, l'épisiotomie est devenue une pratique très populaire en Europe et particulièrement en France. Entre 1981 et 1984 une acceptation de la pratique libérale de l'épisiotomie a été constatée. Les taux ont rapidement évolué de 38,4% à 56% en 3 ans. En 1994 et 1995, 77,2% des primipares ont eu une épisiotomie.

Bien heureusement, depuis que les sociétés savantes recommandent un usage restrictif, les taux ont progressivement régressé. Entre 1998 et 2010, le taux national est passé de 54.5% à 26.8 % (avec une baisse de 72.7% à 44.7% chez les primipares). En 2016, le taux était de 20%. Cependant, c'est un chiffre national qui ne rend pas compte des différences de pratique de chaque région. (24)

1.3.2 L'épisiotomie en région PACA

En 2017, Lesieur et al. ont publié un article dans la revue de *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Cet article analyse les taux d'épisiotomie ou de déchirure périnéale en région PACA en fonction de différents critères tels que les caractéristiques maternelles, le type de maternité, ainsi que le statut privé ou public de l'établissement. (25) L'étude s'effectue entre 2012 et 2014. Les résultats ont montré une décroissance significative des taux au cours de la période d'étude, avec un taux moyen global d'épisiotomie de 21,6%. Ce taux

comprend le taux d'épisiotomie dans le cadre d'un accouchement avec ou sans instrumentation.

1.3.2.1 Disparités en fonction du niveau ou du statut

Une grande disparité des taux en fonction des maternités a été constatée. Pour exemple, parmi les taux cités sur l'année 2014, le taux le plus faible était de 0,8% dans une maternité privée de type II contre 78,4% pour le plus élevé dans une maternité privée de type I.

Selon les auteurs, en 2014, contrairement aux deux années précédentes, le taux d'épisiotomie était plus élevé dans les maternités de type III par rapport aux maternités de type I et II. Ils concluent sur le fait que le type ou statut d'une maternité représente un facteur de risque d'épisiotomie.

1.3.2.2 Influence des caractéristiques des patientes sur les taux d'épisiotomie

Les caractéristiques retrouvées associées à une augmentation du taux d'épisiotomie sont : l'âge maternel jeune (27,8% chez les moins de 25 ans contre 15,8% chez les plus de 35 ans), l'augmentation de l'âge gestationnel et du poids de naissance. L'âge gestationnel inférieur à 37 SA est un « facteur de protection » de l'épisiotomie. Un taux d'épisiotomie plus important a été relevé dans les présentations céphaliques (21,9%) par rapport aux présentations caudales (13%).

A noter, la durée d'hospitalisation était en moyenne plus longue pour le groupe des épisiotomies par rapport au groupe des déchirures : 5,2 jours d'hospitalisation contre 4,3 jours. Cette différence d'environ 1 jour représente pour la structure de soins, un enjeu financier non négligeable.

Finalement, la variabilité des résultats obtenus entre les maternités ne trouve pas de cause évidente. Les hypothèses suivantes peuvent être émises pour justifier des écarts entre les taux : le type de recueil de données, les différences de formation entre praticiens, la connaissance des RPC sur le thème au sein des maternités et la prise de conscience des conséquences.

1.3.3 Le modèle « ultra-restrictif » du CHU de Besançon (26)

A Besançon, en l'espace de 7 ans le taux d'épisiotomie a chuté de 18,8% (2007) à 1,3% (2010). L'étude qui a été menée montre une augmentation des périnées intacts ainsi que des déchirures antérieures, du premier et du second degré. Les déchirures sévères avec rupture sphinctérienne ont significativement diminué. Le gain en terme de « morbidité » maternelle est significatif, ces lésions ne nécessitant peu ou pas de sutures.

Cependant, ces taux considèrent tout autant les accouchements voies basses instrumentaux et non instrumentaux. Pour comparer la maternité de l'Archet à celle de Besançon il faudrait mettre en parallèle le taux d'expulsion spontanée, d'extraction instrumentale et préciser leur nature (ventouse, forceps...etc). Leurs résultats concernant le taux d'épisiotomie associé aux extractions instrumentales viennent contredire les recommandations qui tendent à préconiser l'épisiotomie pour protéger le périnée. Le taux est passé de 14,8% en 2003 à 3,5% en 2010.

Pour ce modèle « ultra-restrictif » les arguments avancés sont donc la moindre représentation de déchirures sévères ainsi qu'un moindre recours à des traitements en post-partum.

Les auteurs déclarent avoir fortement participé aux réflexions ayant abouti aux RPC de 2005 en matière d'épisiotomie. Il semblerait que l'effondrement drastique des taux soit le fruit d'une large diffusion et sensibilisation à l'épisiotomie restrictive au sein de l'équipe dès 2004.
(27)

1.4 L'épisiotomie au CHU de Nice

A la maternité de l'Archet 2, environ 3 400 bébés naissent chaque année. C'est un centre régional universitaire de type III. (28)

1.4.1 Données du DIM

1.4.1.1 En 2016

Le DIM a rendu un rapport relatif aux épisiotomies réalisées au sein du CHU de Nice. Ce dernier se base sur les actes cotés par chaque professionnel de santé. 566 épisiotomies ont été cotées soit un pourcentage global de 23.1% (toutes situations obstétricales confondues et sans distinction professionnelle) dont 61,6 % dans le cadre d'une extraction instrumentale. Le taux d'épisiotomie pour les accouchements réalisés par des sages-femmes est de 13,3%.

1.4.1.2 En 2017

Pour 2017, nous n'avons pas de données du DIM auxquelles comparer les statistiques.

1.4.1.3 En 2018

Sur l'année 2018, les obstétriciens de l'Archet ont effectué 532 accouchements voies basses avec extraction. 199 épisiotomies ont été cotées soit un taux de 37,4%. A noter : 4 accouchements par le siège ont bénéficié d'une épisiotomie sur les 50 cotés soit un taux de 8% d'épisiotomie pour cette association.

Pour les sages-femmes (AVB d'expulsion spontanée), 2 644 accouchements dont 261 épisiotomies ont été recensées, soit un taux de 9,9%.

1.5 Problématique

Certains professionnels ont remis en cause les recommandations du CNGOF par crainte d'augmenter les lésions périnéales sévères. Or plusieurs études ont pu prouver que la diminution de la pratique de l'épisiotomie n'augmente pas de façon significative les déchirures du 3^e et 4^e degré (simplement celles du 1^e et 2^e degré) mais augmente le nombre de périnées intacts.

Dans le contexte actuel des polémiques sur les violences obstétricales et dans la continuité de la mise en cause nationale de l'épisiotomie, il est apparu comme intéressant de positionner la maternité de l'Archet par rapport aux objectifs nationaux définis par le CNGOF. Le service a souhaité faire un état des lieux de ces pratiques en recensant le nombre d'épisiotomies par agent. Une partie de notre étude s'articule ainsi autour de cette demande. Cela s'apparente à une EPP (Etude des Pratiques Professionnelles) réalisée dans le cadre du travail de recherche de ce mémoire de fin d'études.

Une fois les données recueillies, il nous a semblé pertinent d'essayer de déterminer les facteurs entrant en jeu dans la pratique de l'épisiotomie, d'une part dans la population de patientes concernées et d'autre part chez les sages-femmes qui les réalisent.

Nous souhaitons apporter des éléments de réponse à la problématique qui pourrait se résumer ainsi : « *Quelle circonstance favorisent la réalisation d'une épisiotomie par les sages-femmes malgré les recommandations du CNGOF qui incitent à limiter sa pratique ?* »

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Relativement aux différents axes choisis, une étude à plusieurs dimensions de type évaluative observationnelle, monocentrique et rétrospective, sur dossiers et sollicitant les professionnels a été conduite. Ce projet a obtenu un avis favorable sans restriction de la part du Chef de Pôle et du Service. Ce type d'étude n'a pas nécessité l'accord préalable d'un Comité de Protection des Personnes et d'un Comité d'Ethique.

L'étude porte sur une durée totale de 2 ans d'activité de salle de naissances, répartie chronologiquement du 1^{er} Juillet 2016 au 30 juin 2018. Grâce à cette durée et cette répartition il a été possible d'établir une évolution tenant sur trois années civiles et d'obtenir un échantillon de patientes suffisant.

2.2 Hypothèses et objectifs

2.2.1 Hypothèses

L'hypothèse de départ retenue en tant que ligne conductrice de cette étude est la suivante : L'épisiotomie observe une diminution de sa pratique au sein de la maternité de l'Archet depuis les RCP de 2005. Cependant, il existe un contexte et des caractéristiques de patientes récurrents dans la pratique d'une épisiotomie.

L'hypothèse secondaire est : La formation et l'expérience personnelle et professionnelle de l'opérateur influencent sa pratique de l'épisiotomie. (La réflexion induite par une démarche à type d'EPP sur sa pratique et le fait de la confronter à celle de ses collègues peut générer une prise de conscience et une amélioration de ses pratiques).

2.2.2 Objectifs

L'objectif principal est de déterminer les raisons qui poussent les sages-femmes à réaliser une épisiotomie. A travers un recueil de données qui explore les caractéristiques des patientes confrontées au point de vue des professionnels concernés.

L'objectif secondaire est de montrer une évolution de la pratique du service et du professionnel ainsi que de générer une prise de conscience d'un éventuel recours excessif ou précipité à l'épisiotomie pour améliorer les pratiques.

2.3 Définitions des axes et outils de recueil

2.3.1 Première partie de l'étude

Parmi les axes précédemment évoqués, le premier volet aspire à établir un taux d'épisiotomie par opérateur via le biais d'un simple recensement des accouchements et des épisiotomies notifiés dans le registre des naissances. Ce registre est renseigné à chaque naissance par les professionnels au moment de remplir les compte-rendus (CR) et différents documents administratifs.

2.3.2 Seconde partie de l'étude

2.3.2.1 Méthode de recueil

Dans un second temps, à l'aide d'une étude de dossiers, les patientes ayant bénéficié d'une épisiotomie sur la durée de l'étude définie précédemment ont été analysées.

2.3.2.2 Critères de jugement

Pour l'étude sur dossiers, une trame a été établie. Elle se base sur les éléments suivants : les caractéristiques maternelles, les caractéristiques et éléments de surveillance de la grossesse, le déroulement du travail et l'accouchement. L'*Annexe 2* regroupe l'ensemble des critères de jugement.

2.3.3 Troisième partie de l'étude

Afin de répondre à la question suivante : « *Les opérateurs ont-ils conscience de leur pratique de l'épisiotomie ?* ». Nous avons choisi d'interroger les sages-femmes du CHU qui ont exercé en salle de naissance à cette période. Le but était de confronter les réponses de l'opérateur au questionnaire à son propre taux et ses données. Cet axe sera étudié et présenté au moment de la soutenance pour ne pas alourdir la lecture de ce travail. (*Questionnaire en annexe 1*)

2.4 Définition de la population

Deux populations sont considérées dans cette étude. La patientèle constitue la première population, les professionnels accoucheurs la deuxième.

2.4.1 La population de patientes

Sont inclus dans cette étude, toutes les femmes ayant accouché par voie basse entre le 1^{er} juillet 2016 et le 30 juin 2018 et ayant bénéficié d'une épisiotomie dans le cadre d'un accouchement « physiologique » c'est-à-dire, avec l'accompagnement unique d'une sage-femme. Nous avons inclus dans notre population toutes les grossesses dont ont été issus des nouveau-nés vivants ou non et à tous termes.

En revanche, nous avons pris le parti d'exclure les accouchements voies basses ayant nécessité l'intervention d'un médecin gynécologue-obstétricien avec un instrument d'extraction de nos analyses compte tenu des enjeux obstétricaux qui sont alors différents dans de telles conditions.

2.4.1.1 Méthode de recensement

Pour les 3 années de l'étude, à l'aide du « cahier » ou « registre » des naissances, la liste des patientes éligibles à l'étude a été établie. Ces patientes ont été recrutées tant que la case « épisiotomie » était cochée dans le registre. La liste a permis par la suite de ressortir les dossiers aux archives et leur analyse. Chaque dossier a été lu dans son intégralité à la recherche des différents éléments du recueil de données préalablement construit (*Annexe 2*).

Au fur et à mesure de l'étude, ont été écartés tous les dossiers non retrouvés aux archives, mal encodés, dont l'épisiotomie n'a pas été retrouvée dans le dossier ou non renseignée correctement dans le registre des naissances ou encore les dossiers mentionnant le nom de l'obstétricien de garde pour l'accouchement.

2.4.2 La population de professionnels

Sont inclus dans cette étude, toutes les sages-femmes ayant exercé en salle de naissances un minimum arbitraire de 31 gardes entre le 1^{er} juillet 2016 et le 30 juin 2018 (pour exemple : une sage-femme ayant travaillée en SDN en 2016 et 2017 mais pas en 2018, peut rentrer dans notre échantillon tant que le nombre de gardes demandé est respecté.) D'autre part, les gynécologues-obstétriciens n'ont pas été interrogés.

Pour recenser les professionnels, nous nous sommes appuyés sur les plannings de garde établis par la cadre sage-femme du service. 52 noms sont revenus sur l'ensemble des trois années. Parmi ces professionnels, 19 ont été éliminés pour les raisons suivantes : ne

comptabilise pas le nombre de garde minimums requis, ne travaille plus au sein de la maternité, n'a pas souhaité répondre au questionnaire de l'étude.

Parmi les professionnels inclus dans notre étude, 36 ont été représentés sur l'ensemble des années étudiées et 31 d'entre eux ont répondu au questionnaire.

2.5 Méthode d'analyse

Toutes les données ont été recueillies et triées dans le logiciel Microsoft Excel © 2018. Les tests statistiques ont été effectués grâce aux formules et fonctionnalités du logiciel, via le site de statistique en ligne BiostaTGV © et Open-Epi ©. Les tests du Chi-2 et test exact de Fisher ont permis de réaliser les analyses statistiques pour les variables discontinues (qualitatives) et par le test-*t* de Student et ANOVA pour les variables continues (quantitatives). Les probabilités associées à ces tests seront considérées comme statistiquement significatives avec $p \leq 0,05$ calculées à l'intervalle de confiance de 95%.

2.6 Rendu des résultats à l'équipe

Au travers d'un questionnaire de 6 pages, nous avons sollicité la participation des sages-femmes de salle de naissance du CHU. Dans ce questionnaire, il a été demandé aux professionnels s'ils souhaitaient connaître leur propre taux d'épisiotomie. Une restitution personnelle et confidentielle va être proposée à chaque sage-femme ayant répondu par l'affirmative à l'issu de ce mémoire.

2.7 Finalité et impact de l'étude

La première partie de cette étude, assimilable à une forme d'EPP, aspire à améliorer notre pratique et à en comprendre les fondements. L'auto-questionnement du professionnel a pour but de lui faire prendre conscience de sa propre pratique. Quant à l'impact et l'influence qu'auront les résultats, il serait probablement intéressant de réévaluer *a posteriori* les chiffres et taux obtenus.

3 RESULTATS

3.1 Taux d'épisiotomie des professionnels

Un taux personnel d'épisiotomie a été calculé pour chacun des agents du CHU de Nice sur la période d'étude.

3.1.1 Données du service

Au cours de l'étude, les taux d'épisiotomies des différents professionnels accoucheurs ont été établis. Le tableau suivant résume les taux du service (taux globaux) en 2016, 2017 et 2018, les taux spécifiques des sages-femmes qui seront traités plus en détail *a posteriori* et les taux des gynécologues-obstétriciens.

	2016	2017	2018
Sages-femmes			
Nb d'accouchements	1 126	2 120	1 067
Nb d'épisiotomies	107	135	23
Taux d'épisiotomie	9,5%	6,4%	2,2%
Taux le plus haut	46,4	25	12,5
Taux le plus bas	2,4	1,4	2,3
Gynécologues-obstétriciens			
Nb d'accouchements	249	475	257
Nb d'épisiotomies	126	173	84
Taux d'épisiotomie	50,6%	36,4%	32,7%
Taux le plus haut	81,8	62,5	60
Taux le plus bas	7,1	20	8,3
Taux globaux			
Nb d'accouchements totaux	1 375	2 595	1 324
Nb d'épisiotomies	233	308	107
Taux d'épisiotomie du service	16,9%	11,8%	8,1%

Tableau 1 Taux d'épisiotomie du service sur 2016, 2017 et 2018

En 2 ans, 5 294 accouchements voies basses ont été réalisés dont 655 épisiotomies. Le taux moyen de service sur la période d'étude est de **12,4%**.

La pratique diminue de façon manifeste au CHU de Nice. Les taux les plus hauts relevés tendent à diminuer. Les taux les plus bas fluctuent plus aléatoirement.

3.1.2 Evolution du taux sur 3 ans

En 2 ans, le taux d'épisiotomie des sages-femmes a été divisé par 4 contre 1,5 pour les gynécologues-obstétriciens. Entre 2016 et 2017, une inflation du taux des GO semble s'être amorcée et se rapproche des 30%.

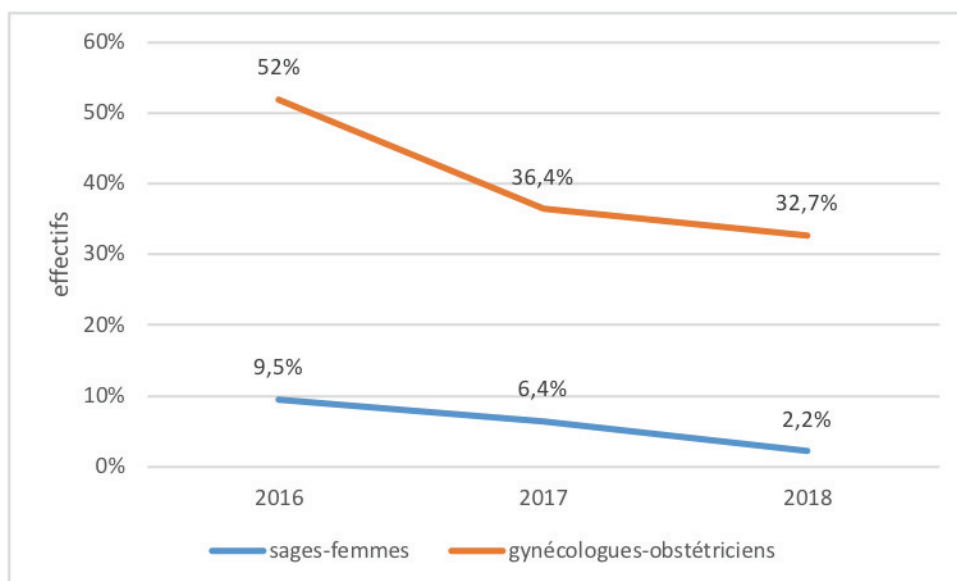


Figure 3- Evolution des taux des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens

En annexe, l'ensemble des pourcentages d'épisiotomies calculés pour tous les professionnels accoucheurs de l'Archet est présenté sous forme de tableaux anonymisés. (Annexe 3)

3.1.3 Taux des gynécologues-obstétriciens

En 2016 et 2018, 13 G-O séniors ont fait des gardes en salle de naissances. En 2017 il y en avait 2 de plus. Les internes n'ont pas été exclus mais sont regroupés en tant qu'un seul et même opérateur afin de faciliter le traitement de leurs données. En effet, il a été difficile de déterminer pour certains accouchements à qui l'acte était imputable (plusieurs professionnels présents à l'accouchement). Lorsque le nom du chef de garde été stipulé c'est à ce dernier que, par défaut, l'épisiotomie été attribuée.

	2016	2017	2018
Nb d'accouchements	256	475	257
Nb d'épisiotomies	133	173	84
Taux d'épisiotomie (%)	(52)	(36,4)	(32,7)
Taux le plus haut (%)	(81,8)	(62,5)	(60)
Taux le plus bas (%)	(7,1)	(20)	(8,3)
Taux moyen ± ET	50,2 ± 21	35,4 ± 16	29,9 ± 17,3

Tableau 2 - Taux d'épisiotomie des gynécologues-obstétriciens

Les gynécologues-obstétriciens ont pris en charge 988 accouchements dont ont résulté 390 épisiotomies. Entre 2016 et 2018 le taux a diminué de 52% à 32,7%, cela correspond à un taux moyen de 39,5%. Le tableau montre une diminution des taux les plus hauts avec une différence de 20 points. Les taux les plus bas n'excèdent pas 20%.

Le détail de la pratique des gynécologues-obstétriciens se situe en *annexe 5*. Un tableau pour chaque année avec le descriptif des actes tels que : spatules, ventouse, forceps, accouchements gémellaire, accouchements du siège, ainsi que les différentes associations avec l'épisiotomie a été établi.

3.1.4 Taux des sages-femmes

36 sages-femmes ont travaillé en salle de naissances sur l'ensemble des années. Il est possible pour chacun d'entre eux d'établir une évolution de leur taux. Pour chaque année ou demi-année sont résumés :

- Le nombre d'accouchements moyen par agent (qui servira à nuancer la pertinence des taux donnés)
- Le taux le plus haut
- Le taux le plus bas (différent de zéro)
- Le nombre de professionnels ayant un taux d'épisiotomie à 0%
- Le nombre de professionnels ayant un taux inférieur ou égal à 10%
- Le nombre de professionnels ayant un taux compris entre 10,1 et 30%
- Le nombre de professionnels ayant un taux strictement supérieur à 30%

3.1.4.1 Taux des sages-femmes en 2016

	2016	
Taux d'épisiotomie (%)	(9,5)	
Taux le plus haut (%)	(48,1)	
Taux le plus bas différent de 0(%)	(2,2)	
Nb d'accouchements moyen par agent ± ET	26,3±10,2	
	n	(%)
	42	(100)
Taux à 0%	8	(19)
Taux compris entre 10,1 et 30%	1	(2,4)
Taux inférieurs ou égal à 10%	17	(40,5)
Taux inférieurs ou égal à 30%	16	(38,1)

Tableau 3 - Détail du taux d'épisiotomie des sages-femmes en 2016

En 2016, une période d'étude théorique de 6 mois a été considérée : Du 1^{er} juillet au 31 décembre. Dans le registre des naissances à disposition, les 4 premiers jours de Juillet étaient manquants : l'étude commence au 5 Juillet 2016. Sur 6 mois d'activité, les sages-femmes du CHU de Nice ont réalisé 1 126 accouchements avec expulsion spontanée et 107 épisiotomies (après élimination des dossiers exclus), soit un taux égal à **9.5 %**.

Le nombre d'accouchements moyen par personne était de : $26,3 \pm 10,2$. Le taux le plus élevé d'épisiotomie est de **48,1%**. Le taux le plus bas est de **2,2%**. Ces taux sont établis sur un nombre d'accouchements s'approchant de la moyenne, voire plus.

8 professionnels sur les 42 considérés ont un taux égal à 0%. Parmi ces professionnels, 1 seul présente un nombre d'accouchements s'approchant de la moyenne par agent. Les autres ont un nombre quasiment divisé par 1,5.

3.1.4.2 Taux des sages-femmes en 2017

	2017	
Taux d'épisiotomie (%)	(6,4)	
Taux le plus haut (%)	(25)	
Taux le plus bas différent de 0 (%)	(1,4)	
Nb d'accouchements moyen par agent \pm ET	43,9 \pm 21,9	
	n	(%)
Taux à 0%	47	(100)
Taux compris entre 10,1 et 30%	11	(23,4)
Taux inférieur ou égal à 10%	0	(0)
Taux inférieur ou égal à 30%	27	(57,4)
	9	(19,1)

Tableau 4- Détail du taux d'épisiotomie de sages-femmes en 2017

En 2017, l'année a été étudiée dans son intégralité. Les sages-femmes ont réalisé 2 120 accouchements avec 135 épisiotomies (après élimination des dossiers exclus). Le nombre d'accouchements moyen par personne était de : $43,9 \pm 21,9$. Le taux d'épisiotomie est de 6,4%.

Le taux le plus élevé d'épisiotomie est de **25%**. Cependant, ce taux est établi sur un nombre d'accouchements très faible. Le second taux le plus élevé est de **22,2%** avec un nombre d'accouchements plus proche de la moyenne et de son écart-type. Le taux le plus bas (différent de 0) est de **1,4%**.

11 professionnels ont un taux égal à 0%. Parmi ces professionnels, seulement 2 n'ont pas un un nombre d'accouchements proche de la moyenne (largement diminué). Les 9 autres présentent un taux fiable de 0% avec un nombre d'accouchements suffisamment important pour rendre compte de leur pratique.

3.1.4.3 Taux des sages-femmes en 2018

	2018	
Taux d'épisiotomie (%)	(2,2)	
Taux le plus haut (%)	(12,5)	
Taux le plus bas différent de 0 (%)	(1,9)	
Nb d'accouchements moyen par agent ± ET	22,9±10,6	
	n	(%)
Taux à 0%	45	(100)
Taux compris entre 10,1 et 30%	32	(71,1)
Taux inférieur ou égal à 10%	0	(0)
Taux inférieur ou égal à 30%	10	(22,2)
	3	(6,7)

Tableau 5- Détail du taux d'épisiotomie de sages-femmes en 2018

Sur 2018, une période d'étude théorique de 6 mois a été considérée : du 1^{er} janvier au 30 juin. Sur 6 mois d'activité, les sages-femmes du CHU de Nice ont réalisé 1 067 accouchements et 23 épisiotomies soit 2.2%.

Le nombre d'accouchement moyen par personne était de 22,9±10,6. Le taux d'épisiotomie est de 2,2%. Le taux le plus élevé est de **12,5%** tandis que le taux le plus bas est **2,3%**. Ces taux sont établis sur un nombre d'accouchements s'approchant de la moyenne par personne, voire plus.

31 professionnels ont un taux égal à 0%. Parmi ces professionnels, 6 n'ont pas un nombre d'accouchements s'approchant de la moyenne. Les effectifs ne sont pas suffisants pour supposer de leur pratique (inférieur à 10 accouchements).

3.2 Données issues des dossiers obstétricaux

Les analyses statistiques sont réalisées sur un modèle univarié, c'est-à-dire que nous comparons uniquement 2 variables entre elles. S'agissant de situations cliniques plurifactorielles, il n'a pas été possible d'établir de modèle multivarié pour isoler des facteurs de risque particuliers. Au fil de la présentation des résultats, des tableaux croisés seront proposés pour affiner les données initiales. Les données de patientes de 2016, 2017 et 2018 ont été comparées entre elles. À l'exception de 2 données que l'on détaillera *a posteriori*, il n'y a pas de différence significative entre les échantillons de patientes. L'ensemble des résultats est décrit en *annexe 4*. Les données les plus pertinentes sont présentées à la suite sous forme de tableaux ou histogrammes.

Certaines données ont été mises en parallèle avec les chiffres relatés par l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016. Cette enquête apporte une vue d'ensemble de la population

française à laquelle il est possible de confronter les résultats de l'étude. La comparaison entre les deux fera l'objet d'une confrontation dans la discussion.

Pour des raisons de lisibilité, la *p-value* a été arrondie à « <0,001 » lorsque la significativité dépassait ce seuil avec un nombre important de décimales. La mention « NS » remplace les valeurs de *p* non significatives pour ne pas alourdir la lecture des tableaux.

3.2.1 Caractéristiques principales des patientes

	Population de l'étude		ENP		<i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
	265	(100)	12941	(100)	
Âge					
<25 ans	39	(14,7)	1 539	(12)	<0,001**
25-35 ans	178	(67,2)	8 372	(65,1)	NS*
> 35 ans	48	(18,1)	2 759	(21,3)	
Âge moyen ±ET	33	±15			
Médiane [min-max]	31	[15-43]			
Parité			12945	(100)	
Primipares	183	(69,1)	5 462	(42,2)	<0,001**
Multipares	82	(30,9)	7 482	(57,8)	0,0002*
Dont, Grossesse Gémellaire	1	(0,4)			
IMC			11588	(100)	
Maigre <18,5	21	(7,9)	957	(7,4)	<0,001**
Normal 18,5-24,9	172	(64,9)	7 045	(60,8)	NS*
Surpoids 25-29,9	50	(18,9)	2 317	(20)	
Obésité ≥30	13	(4,9)			
NE	9	(3,4)			
Origines démographiques			11735	(100)	
Caucasien	126	(47,5)	10 080	(85,9)	<0,001**
Afrique du Nord	83	(31,3)	586	(5)	<0,001*
Afrique Noire	26	(9,8)	410	(3,5)	
Autre	29	(10,9)	246	(2,1)	
NR	1	(0,4)			

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 6- caractéristiques principaux de la population

L'ensemble des données a montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Age et parité

Concernant l'âge des patientes étudiées, plusieurs catégories ont été établies : Strictement inférieures à 25 ans, comprises entre 25 et 35 ans, et strictement supérieures à 35 ans. **La catégorie la plus représentée est la deuxième catégorie : 25-35 ans (67,2%)**. L'âge moyen sur les 3 ans d'étude est de 33 ± 5 ans.

Le pourcentage de primipares était globalement de 69,1% contre 30,9% de multipares (2 enfants ou plus). D'autre part, la parité des patientes a été confrontée à leur âge.

La population de l'étude semble être principalement caucasienne ou issue d'Afrique du nord. Le critère « Autre » regroupe les catégories avec les plus petits effectifs (Asie, Russie, Europe de l'est, Amérique du nord, Amérique du sud, Antilles). A noter, l'« Afrique noire » représente 9,8% de notre population globale. Approximativement, 1 femme sur 2 est de nationalité française et 1 sur 3 est originaire de l'Afrique du nord.

❖ IMC

Les IMC des patientes ont été calculées et classées en fonction de la classification de l'OMS. Les catégories sont : Maigreur, normal, surpoids, obésité modérée, obésité sévère, obésité morbide et non évaluable (taille ou poids manquant). À l'analyse des effectifs, nous avons regroupés les différents niveaux d'obésité.

La population présente un rapport poids et taille dans la norme nationale (64,9% des patientes). **L'IMC moyen est de 22,9 ± 4,6.** Au cours de la grossesse les patientes ont une prise de poids moyenne de 13,5 ± 5,8 kg.

3.2.2 Déroulement de la grossesse

Au cours de l'analyse, les patientes ayant eu une grossesse physiologique (« normal ») ont été distingués des patientes ayant eu une grossesse pathologique (« anormal »). Le tableau suivant regroupe l'essentiel des antécédents notables montrant un résultat significatif.

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
Déroulement de la grossesse	265	(100)			
Normal	243	(91,7)	-		<0,001**
Anormal	22	(8,3)			
Antécédents			12 482	100	
Antécédent familial Diabète	68	(25,7)			<0,001**
Diabète gestationnel	24	(9,1)	1 348	10,8	NS*
		(%) rapporté à n=265	485 (1)	(100)	
Périnée					
Périnée cicatriciel	44	(16,6)			<0,001**
Périnée Intact	2	(0,8)			N/A*
Utérus cicatriciel	23	(8,7)	87	18,1	
NR	22	(8,3)			

(1) rapporté au nombre de multipares, Attention : plusieurs atcds périnéaux sont cumulables

** p de significativité de la donnée, * p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 7- Déroulement de la grossesse et antécédents

L'ensemble des données a montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Déroulement de la grossesse

La notion de pathologie regroupe les femmes ayant nécessité une surveillance augmentée telle que : un suivi spécialisé (CPDP), une hospitalisation ou encore ayant un contexte psychosocial pouvant influencer le bon déroulement de la grossesse (« autre » dans le tableau ci-dessus). Très peu de patientes étaient concernées. Au sein des échantillons il y a : 18 patientes hospitalisées et 4 patientes qui ont bénéficié d'un suivi CPDP. **91,7% de la population ont eu une grossesse sans particularité contre 8,3% ayant eu une grossesse pathologique.**

❖ Diabète gestationnel

9,1% de la population ont été diagnostiqués comme diabétique au cours de la grossesse.

❖ Antécédents périnéaux

La catégorie « Périnée cicatriciel » englobe : un antécédent d'épisiotomie, de déchirure simple ou sévère, ou encore une association quelle qu'elle soit de ces éléments. **16,6% de la population est concernée.** Dans 8,7% des cas un antécédent de césarienne est retrouvé. Cependant, en se rapportant à la population restreinte de multipares – seule concernée par cet antécédent - **plus d'une femme sur 2 avait un périnée cicatriciel.**

❖ Echographie et Biométries fœtales

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
Echographie	265	(100)	11 669	(100)	
Moins de 3 échographies	14	(5,3)	105	(0,9)	<0,001**
3 échographies	141	(53,2)	2 835	(24,3)	<0,001*
Plus de 3 échographies	109	(41,1)	8 716	(74,7)	
Pas d'échographies	1	(0,4)	12	(0,1)	
Motifs "plus de 3 échographies"	109	(%) rapporté à n=109	(%) rapporté à n=265		
Découverte fortuite/ G mal suivie	3	2,8	1,1	-	<0,001**
Surveillance augmenté	27	(24,8)	(10,2)		
Pas de raisons	25	(22,9)	(9,4)		
Recontrôle	54	(49,5)	(20,4)		
Biométrie fœtales					
Dans les courbes	146	(55,1)	-		<0,001**
Hors courbes	117	(44,2)			N/A*
NR	2	(0,8)			
Motifs "hors courbes"	117	(%) rapporté à n=117	(%) rapporté à n=265	12 678	(100)
Macrosomie	20	(17,1)	(7,5)	621	(4,9)
Hypotrophie et RCIU	7	(6,0)	(2,6)	684	(5,4)
BIP augmenté	60	(51,3)	(22,6)		<0,001**
BIP diminué	8	(6,8)	(3,0)		NS*
PA augmenté	22	(18,8)	(8,3)		

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 8-Echographies et biométries fœtales

L'ensemble des données a montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Nombre d'échographies

94,3% de la population avaient 3 échographies ou plus. 41,1% des femmes ont un nombre d'échographies plus important que le nombre recommandé (3 échographies). Dans 49,5% des cas, ces patientes ont bénéficié de contrôles échographiques supplémentaires sur la demande de l'échographiste. Cette information a été retrouvée dans les conclusions des CR d'échographie.

❖ Biométries fœtales

En terme de biométries fœtales, les résultats ont été interprétés à partir des courbes de croissance. **146 patientes (55,1% de la population) présentaient des biométries dans les courbes pour l'AG. 109 patientes (44,2%) étaient hors courbes.** Le critère « pas dans les courbes » regroupe : une macrosomie, une hypotrophie ou RCIU, une valeur inférieure au 10^{ème} percentile ou supérieure au 90^{ème} percentile.

Parmi les motifs évoqués expliquant que ces fœtus ne soient pas dans les courbes, une grande partie concerne **une valeur du BIP supérieure au 90^{ème} percentile, soit 51,3% de la population de fœtus avec des biométries « hors courbes »** (22,6% de la population totale). Le reste des raisons les plus représentées sont : 18,8% des fœtus avec une mesure du PA augmentée, et 17,1% des fœtus macrosomes.

3.2.3 Déroulement du travail

3.2.3.1 Terme de l'accouchement et modalité de déclenchement

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
Terme d'accouchement (SA)	265	(100)			
≤37	7	(2,6)			<0,001**
38-39	60	(22,6)	-		
40-41	144	(54,3)			
>41	54	(20,4)			
HU (en cm)					
NR	11	(42,3)			<0,001**
<32	84	(31,7)	-		
32-34	142	(53,4)			
>34	28	(10,6)			

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 9 – Déterminants du travail (partie 1/2)

	Population de l'étude		ENP		P
	n	(%)	n	(100)	
Mode déclenchement du travail	265	(100)	12 936	(100)	
Spontanée	215	(81,1)			<0,001**
Artificiel	50	(18,9)	2 845	(22)	NS*
Si déclenchement, méthode	50	(%) rapporté à n=50	(%) rapporté à n=265	2 722 (1)	(100)
Propess©	28	(56)	(10,6)		<0,001**
Gel	10	(20)	(3,8)		0,03*
Prostaglandines (Propess©+Gel)	38	(76)	(14,3)	1 684	(61,9)
Oxytocine seul	12	(24)	(4,5)	1 037	(38,1)
Temps de mise en travail	50	(%) rapporté à n=50	(%) rapporté à n=265		
≤6 heures	19	(38)	(7,2)	-	<0,001**
6h01-12h00	11	(22)	(4,2)		
12h01-24h	10	(20)	(3,8)		
>24heures	10	(20)	(3,8)		

(1) Rapporté aux femmes déclenchées

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 10 - Déterminants du travail (partie 2/2)

L'ensemble des données a montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Terme d'accouchements

Concernant les termes d'accouchement, 4 catégories ont été établies en semaines d'aménorrhées : inférieure ou égale à 37 SA, de 38 SA à 39 SA, de 40 SA à 41 SA et strictement supérieure à 41SA. **La catégorie la plus représentée est la troisième « supérieure à 39SA jusqu'à 41SA » avec 54,3% de la population totale.** 76,9% de la population est réunie dans les termes compris entre 38SA et 41SA.

❖ Hauteur utérine à terme

3 catégories ont été établies pour classer les hauteurs utérines des patientes à l'accouchement : inférieure à 32 cm, de 32 à 34 et strictement supérieure à 34 cm. **La catégorie la plus représentée est la deuxième « comprise entre 32 et 34 cm » avec 53,4% de la population totale.** 10,6% de la population présentent une HU supérieure à 34 cm.

❖ Mode d'entrée en travail

Parmi la population totale, **81,1% des patientes se sont mises en travail spontanément,** inversement : 18,9% ont bénéficié d'un déclenchement avec des prostaglandines ou de l'ocytocine seule. La méthode préférentielle est la maturation du col par prostaglandines (76% des patientes déclenchés). **Le temps de mise en travail le plus représenté est « inférieur ou**

égal à 6h ». Globalement, la majorité des patientes a un temps de mise en travail inférieur à 12 heures (60% des patientes déclenchées).

❖ Analgésie et durée de travail

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
	265	(100)	11 233	(100)	
Analgésie					
APD	239	(90,2)	9 143	(81,4)	<0,001**
Autre	3	(1,1)			<0,001*
Aucune	23	(8,7)	1 943	(17,3)	

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 11- Méthodes analgésiques

Les données ont montré une différence significative. En terme d'analgésie, **90,2% de la population a eu recours à une APD**, 1,1% ont eu recours à un autre mode d'analgésie tel que l'Entenox © (MEOPA, mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène) et 8,7% des patientes n'ont pas demandé ou n'ont pas bénéficié d'analgésie.

❖ Durée du travail

La durée du travail a été calculée à partir du partogramme puis retranscrit en « hh:mm » et regroupée en 4 catégories : inférieure ou égale à 3 heures, inférieure ou égale à 5 heures, inférieure ou égale à 8 heures, strictement supérieure à 8 heures. Les effectifs sont répartis de manière équitable dans les catégories. **La durée moyenne du travail est de 5 heures et 30 minutes** (soit 330 ± 191 minutes).

❖ Ocytocine pendant le travail

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
	265	(100)	11 233	(100)	
Oxytocine pendant le travail					
Oui	136	(51,3)	5 897	(52,5)	NS**
Non	129	(48,7)			NS*
Durée de perfusion	136	(%) rapporté à n=265	(%) rapporté à n=136		
≤3h	56	(21,1)	(41,2)	-	0,007**
3h01-12h	73	(27,54)	(53,7)		
>12h	12	(4,5)	(8,8)		

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 12- Oxytocine pendant le travail

Seul le temps de durée de la perfusion a montré une différence significative à l'analyse statistique.

51,3% de la population ont reçu de l'Oxytocine pendant le travail. 41,2% des patientes ayant eu une perfusion l'ont eu pendant 3 heures ou moins. Par ailleurs, la durée moyenne de la perfusion est de 296±232 minutes, à un débit de perfusion de 6,5 ± 4,4 mUI/min.

❖ Etat du périnée

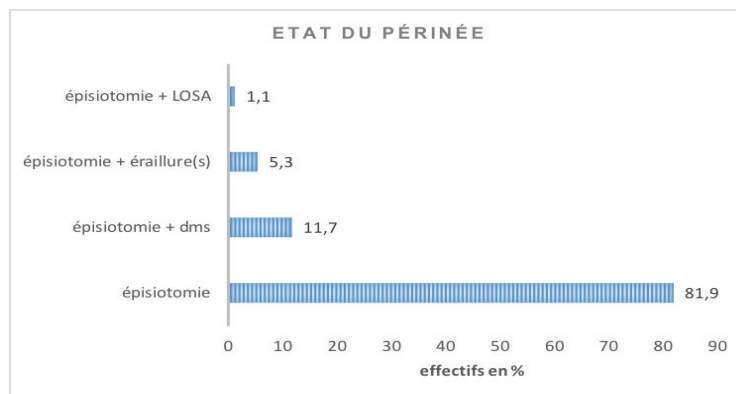


Figure 4- Etat périnéal à l'issue de l'accouchement

Cette donnée a montré une différence significative à l'analyse statistique.

Cette information a été recueillie sur le partogramme ou à défaut sur le CR de l'accouchement : **81,9% des patientes ont eu une épisiotomie isolée.** Dans 11,7% des cas, l'épisiotomie était associée à une déchirure médiane simple (DMS). Et de façon moins représentée : 1,1% (n=3) ont eu une déchirure sévère (du 3^e ou 4^e degré) malgré la réalisation de l'épisiotomie.

3.2.3.2 Éléments de surveillance du bien-être fœtal

	Population de l'étude		ENP	p
	n	(%)		
Surveillance pH/ Lac au scalp	265	(100)		
Oui	17	(6,4)		<0,001**
Non	248	(93,6)	-	
Couleur du LA				
LAC	204	(77,0)		<0,001**
LAT	30	(11,3)	-	
LAM	25	(9,4)		
LAS	4	(1,5)		
NR	2	(0,8)		
Analyse du RCF				
Normal	164	(61,9)		<0,001**
Pathologique	99	(37,4)	-	
NE	2	(0,8)		

** p de significativité de la donnée

Tableau 12- Eléments de surveillance fœtale pendant le travail

L'ensemble des données ont montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Les pH et Lactates au scalp

Parmi la population globale étudiée, **6,4% des patientes ont bénéficié d'une surveillance des pH et lactates au scalp**. Le nombre moyen de réalisation de lactate au scalp par patiente est de $2,9 \pm 2,4$. Cette surveillance est réalisée dans le cadre d'un ERCF fœtal présentant des anomalies de tracé. Les résultats de chacune des tentatives n'ont pas donné de résultats pathologiques.

❖ L'enregistrement du rythme cardiaque fœtale (ERCF)

L'ERCF 20 min avant la naissance a été étudié. Il était déterminé comme « physiologique » ou « pathologique » en fonction de la classification de Melchior. Selon Melchior, le rythme cardiaque fœtal (RCF) est perturbé dans 82% des cas pendant l'expulsion, la classification de Melchior permet de définir le type de tracé en 5 niveaux : 0,1,2,3,4.(29). En se basant sur cette classification, nous avons distingué les rythmes d'expulsion physiologiques des rythmes pathologiques. Le caractère « pathologique » du tracé s'appuie sur les types 2, 3 et 4 limitant les efforts expulsifs à 10/15 minutes au maximum et le critère physiologique du tracé sur le type 0 et 1 qui permettait une durée d'effort expulsif plus importante (20 à 30 min chez la primipare). **61,9% des patientes présentaient un rythme pathologique contre 37,4% un rythme d'expulsion physiologique** (0,8% des rythmes n'étaient pas exploitables). Nous avons confronté les rythmes d'expulsion avec la durée des efforts expulsifs :

	ARCF				p
	OUI		NON		
<i>Durée d'expulsion (en min)</i>	n	(%)	n	(%)	
	164	(100)	99	(100)	
0 -10	66	(40,2)	22	(22,2)	0,004
11-20	54	(32,9)	31	(31,3)	
>20	44	(26,8)	46	(46,5)	

Tableau 13- Durée des efforts expulsifs ajustée à la présence d'ARCF

Cette donnée a montré une différence significative à l'analyse statistique.

Les rythmes pathologiques sont associés à des durées d'expulsion plus courtes (40,2%). *Contrario*, les rythmes « physiologiques » présentent majoritairement des durées d'expulsion plus longues (46,5%).

❖ Couleur du liquide amniotique (LA)

La couleur du liquide amniotique est un élément clinique de dépistage d'un éventuel mal-être fœtal. Le stress engendre le relâchement du sphincter anal : Le liquide amniotique se teinte du fait de la présence de méconium (premières selles fœtales) émis dans le liquide. Le liquide

peut être teinté (LAT) jusqu'à être méconial (LAM) voire particulière. Par ailleurs, le liquide peut aussi être « sanglant ».

77% des patientes présentaient un liquide amniotique clair (LAC). 11,3% des patientes avaient un LAT, 9,4% des patientes avaient un LAM. Enfin, 1,5% des patientes avaient un liquide sanglant. Dans 0,8% des cas, la couleur du LA n'a pas été notifiée dans le dossier.

❖ **Variété de présentation et d'expulsion**

Avec l'aide du partogramme ou du CRO (Compte Rendu Opératoire de l'accouchement) il a été possible de déterminer la répartition des variétés de présentation et d'expulsion de la tête fœtale.

	Population de l'étude		ENP	p
	n	(%)		
Variété de présentation	265	(100)		
OIGA	127	(47,9)		<0,001**
OIDA	73	(27,5)		
Autre	18	(6,8)		
SIEGE	1	(0,4)	-	
Asynclitisme	28	(10,6)		
NR	18	(6,8)		
Variété d'expulsion				
OP	250	(94,3)		<0,001**
OS	14	(5,3)	-	
NR	1	(0,4)		

** p de significativité de la donnée

Tableau 14 - Variétés de présentation et d'expulsion de la tête fœtale

L'ensemble des données ont montré une différence significative à l'analyse statistique.

47,9% des fœtus se présentaient avec l'occiput en antérieur gauche du bassin maternel (OIGA), 27,5% étaient en antérieur droite (OIDA). Par ailleurs, dans 10,6% des cas, la notion d'asynclitisme était renseignée. Le critère « Autre » regroupe : le bregma, les variétés postérieures. Ce critère est peu représenté (6,8% de la population).

A l'expulsion, la majorité des fœtus sortaient avec l'occiput au niveau du pubis maternel (94,3%).

3.2.3.3 Phases du travail

A l'aide du partogramme nous avons retracé en heures et minutes la durée des différentes phases du travail. Les recommandations de l'HAS concernant l'accouchement normal découpent le travail en 2 stades. Le premier se découpe lui-même en 2 phases : La phase de latence de 0 à 5cm de dilatation, la phase active de 5 à 10 cm de dilatation. Le deuxième stade

comporte quant à lui : la phase de descente dans le bassin de la tête fœtale qui s'engage et la phase d'expulsion où la femme pousse. (30)

❖ Phase de latence

D'après le partogramme, sur les 3 années, **la phase de latence présente en moyenne une durée de 65 ±79 minutes.**

❖ Phase active

La phase active dure en moyenne 124 ± 84 minutes. Cependant, en 2017, la phase active durait plus longtemps qu'en 2016 et 2018 : 174 ± 95 minutes (contre respectivement 114 ± 75 et 116 ± 122) Le seuil de différence significative est $p < 0,001$.

❖ Phase de descente

Par ailleurs, **la phase de descente dure en moyenne sur les 3 années : 83 +/-58 min.** Cependant, en 2017 on retrouve un temps significativement ($p=0,03$) plus important avec une durée de 91+/-58 minutes de descente. En 2016 on retrouve un temps inférieur à la moyenne de 71 ± 53 minutes soit un écart de 20 minutes entre les deux échantillons pour cette donnée.

❖ Phase d'expulsion

Le temps moyen d'efforts expulsifs est de 16 ± 10 minutes.

3.2.4 Élément(s) de surveillance néonatale

3.2.4.1 Score d'Apgar et prélèvements au cordon

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)	n	(%)	
Apgar	265	(100)	13 143		
10x3	219	(82,6)			NS**
Score entre 8-10 à 1 min	252	(95,1)			NS*
Score entre 5-7 à 1 min	6	(2,3)			
Score inférieur à 5 à 1 min	6	(2,3)			
Score entre 5-7 à 5 min	2	(0,8)	154	(1,2)	
Score entre 4- 0 à 1/5/10 min	7	(2,6)			
NE	1	(0,4)			
pH			11 074	(100)	
Normal	247	(93,2)	10 021	(90,5)	<0,001**
Pathologique	18	(6,8)	985	(8,9)	NS*
NE	1	(0,4)			
Lactates					
inférieur à 6	214	(80,8)			<0,001**
Entre 6 et 7	34	(12,8)	-	-	N/A
Supérieur à 8	13	(4,9)			
ECHEC	3	(1,1)			

** p de significativité de la donnée, * p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 15- Eléments de surveillance de l'état néonatal

Les valeurs du pH et des Lactates sont les deux données ayant montré une différence significative à l'analyse statistique.

❖ Score d'Apgar

Le score d'Apgar est le premier élément de surveillance de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Il est noté de 0 à 10 sur 5 critères : Le tonus, la coloration, les battements du cœur, les mouvements respiratoires, le cri. Il est établi à 3 reprises à 1, 5 et 10 minutes de vie. Le score prédit qu'une intervention est nécessaire dès que le score est strictement inférieur à 8. (31) Le score était consécutivement de 10 (« 10x3 ») à 1, 5, et 10 minutes de vie dans 82,6% des cas. Plus largement, **un score compris entre 8 et 10 regroupait 95,1% des nouveau-nés**. Enfin, le pourcentage de nouveau-nés ayant nécessité une intervention (score théorique inférieur à 7) est de 4,6%.

❖ Prélèvements aux cordons : pH et lactates

Deux prélèvements au cordon permettent de déterminer le pH et les lactates du sang fœtal. Les résultats sont pathologiques dès que le pH est inférieur à 7,15 et lorsque les lactates sont supérieurs à 8. **Dans 93,2%, les valeurs de pH mesurées étaient physiologiques**. Dans 80,8% les valeurs de lactates étaient physiologiques. D'autre part, 1,5% des nouveau-nés ne présentaient pas de résultats exploitables pour au moins une des deux valeurs (échec de la machine, pas de prélèvements effectués).

❖ Poids néonataux

	Population de l'étude		ENP		p
	n	(%)		(%)	
Poids fonction AG	265	(100)	7 171	(100)	
Eutrophe	213	(80,4)			<0,001**
Hypotrophie et RCIU	20	(7,5)	494	(6,9)	NS*
Macrosomie	31	(11,7)	451	(6,3)	
grossesse gémellaire	1	(0,4)			

** p de significativité de la donnée

* p de significativité des données comparés à l'ENP

Tableau 16- Poids néonataux classés par catégories

80,4% des nouveau-nés sont nés eutrophes. Le reste des effectifs concernait les nouveau-nés hypotrophes (7,5% de la population totale) et macrosomes (11,7%) plus faiblement représentés. Nous n'avons pas retrouvé de nouveau-né en situation de RCIU. Cette donnée a montré une différence significative à l'analyse statistique.

3.2.5 Eléments non présentés

Dans l'idée de ne pas charger la présentation des résultats, certaines informations ont été recherchées dans les dossiers mais n'ayant pas montré de différence significative ou de pertinence pour répondre aux hypothèses de l'étude, elles n'ont pas été présentées. Les critères de jugement concernés sont les suivants : l'antécédent familial de diabète, le caractère insuliné ou non du DG, les motifs d'hospitalisation ou de suivi spécialisé, les antécédents de naissance prématurée ou d'enfant macrosome et hypotrophe, les motifs qui expliquent un nombre inférieur d'échographies que le nombre recommandé, les anomalies maternelles pouvant limiter les efforts expulsifs, les anomalies fœtales pouvant limiter les efforts expulsifs, l'appel ou la présence du gynécologue au cours du travail et/ou lors de la phase d'expulsion.

3.2.6 Synthèse des résultats

A propos des caractéristiques et antécédents principaux :

- La population de d'étude est majoritairement primipare et âgée de plus de 25 ans.
- L' IMC est normal dans 64,9% des cas.
- L'origine démographique des patientes est la France (47,5%) ou l'Afrique du Nord (31,3%).
- 9,1% de la population présentent un diabète gestationnel.
- 1 Multipare sur 2 de la population a un antécédent de périnée cicatriciel tandis que 1 multipare sur 3 a un antécédent d'utérus cicatriciel.

A propos du déroulement de la grossesse :

- Une patiente sur 2 bénéficie du nombre recommandé d'échographies.
- 109 fœtus ont des mesures biométriques « hors courbes ».
- 76,9% des patientes de la population ont un terme d'accouchement compris entre 38 et 41 SA

A propos du déroulement du travail :

- 81,1% de la population s'est mis en travail spontanément
- Lorsqu'un déclenchement artificiel est indiqué, la méthode utilisée est à 76% une méthode impliquant des prostaglandines pour la maturation du col.

- La méthode d'analgésie majoritaire est l'APD avec 90,2% de la population.
- Seulement 1 dossier obstétrical étudié concernait une patiente avec un fœtus en présentation caudale.
- 47,9% des fœtus se présentent en céphalique en OIGA.
- La variété d'expulsion en OS figure peu dans la population.
- Les différents temps de phase de travail ont exprimé une différence entre les différentes années de l'étude. En 2017, la phase active⁵ et la phase de descente⁶ sont significativement plus longues qu'en 2016 et 2017.
- La durée des efforts expulsifs (EE) moyenne est de 16 ± 10 minutes.
- Le rythme cardiaque fœtal d'expulsion était pathologique dans 61,9% des cas et physiologique pour 37,4% des patientes.

A propos de l'accouchement :

- Le score d'Apgar était compris entre 8 et 10 pour 95,1% des nouveau-nés à 1 minutes de vie.
- La population de l'étude a rencontré une situation d'acidose fœtal dans 6,8% des cas.
- 80,4% des enfants sont nés eutrophes, dans 11,7% des cas les enfants étaient macrosomes.
- Dans la majorité des cas (81,9%) l'épisiotomie ne présentait pas de lésions associées à sa réalisation.

3.3 La population de professionnel

3.3.1 Méthode de recensement

A l'aide des plannings du roulement, il a été établi une liste des professionnels travaillant à la maternité de l'Archet et ayant effectué un minimum de 31 gardes en SDN sur la période de l'étude (les gardes effectuées en SDN à l'accueil des urgences, de "A", ont été exclues). Ceux ayant quitté le CHU ont également été exclus de l'étude.

⁵ la phase active correspond à la phase de dilatation cervicale entre 5 et 10 cm.

⁶ la phase de descente se caractérise par le franchissement des détroits osseux du bassin maternel

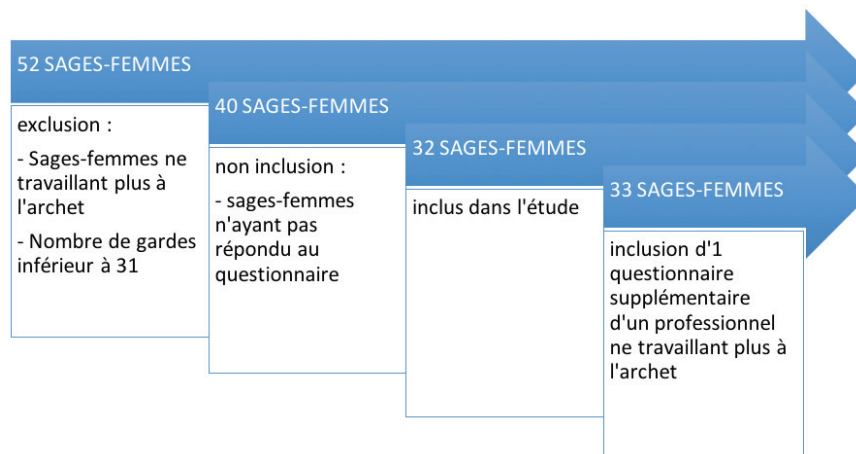


Figure 5 - Diagramme de flux des professionnels inclus dans l'étude

A l'issue des différents tris, 40 professionnels étaient concernés par notre étude et susceptibles de répondre au questionnaire distribué dans les différents Services du Pôle mère-enfant. En fin d'étude, 33 sages-femmes y avaient répondu.

3.3.2 Caractéristiques principaux des professionnels

❖ Age et année de diplôme

La population de professionnels est jeune avec **un âge moyen de 31,5 +/- 7,4 ans** et une **année de diplôme moyenne de 2010 ± 3 ans**. 3 des professionnels interrogés ont eu leur diplôme avant les recommandations de 2005 du CNGOF.

❖ Lieu de formation et carrière

Parmi les 33 sages-femmes, **26 ont fait leurs études au sein de l'école de Nice (78,8%)**. **20 n'ont travaillé qu'au sein du CHU de Nice**. A l'échelle de la population totale considérée (=33) cela représente 60,6% des professionnels.

3.3.3 Le cursus d'étude

3.3.3.1 Pratique constatée de l'épisiotomie

De façon équivalente, **42,4% des professionnels ont constaté une pratique de l'épisiotomie comprise entre « rare » ou « peu fréquente » c'est à dire entre 5 à 10% des accouchements**. De façon bien moins représentés, 6,1% estiment avoir constaté une pratique « classique » d'environ 20% des accouchements.

La question : « **Y avait-il une indication d'épisiotomie systématique dans certains cas ?** » a été posée. **Les réponses étaient partagées** : 45,5% ont répondu oui contre 48,5% non. En outre, 6,1% n'ont pas répondu à la question.

Parmi les indications systématiques évoquées, 2 indications sont particulièrement ressorties : **82,4% ont majoritairement répondu « extraction instrumentale », suivi par le siège à 41,2%**. L'histogramme ci-dessous détaille le reste des indications proposées ainsi que le pourcentage de réponse pour chacune d'entre elles.

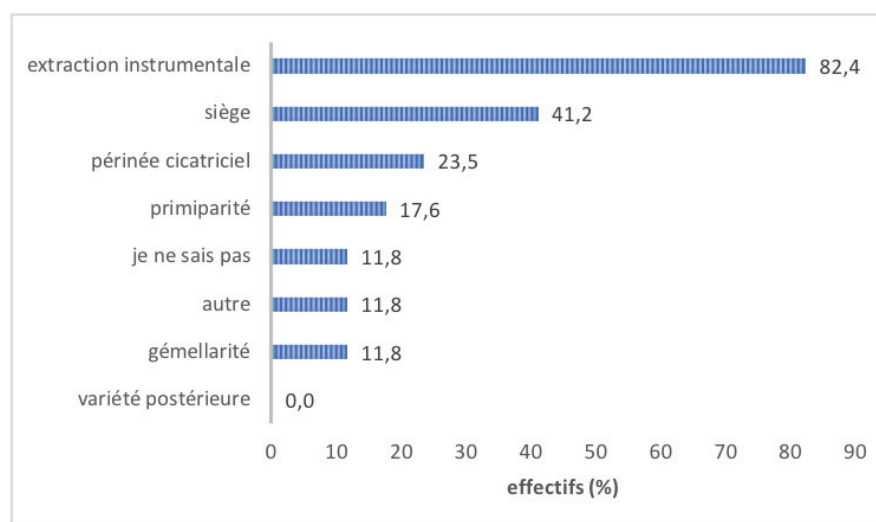


Figure 6- indications systématiques constatées pendant les études des professionnels

Dans 47,1% des cas, il y avait une association de 2 indications ou plus. L'association la plus fréquente concernait l'extraction instrumentale et le siège (35,3%).

3.3.3.2 Objectif d'actes en tant qu'étudiant

52,9% des professionnels ont répondu ne pas avoir d'objectif d'épisiotomie à réaliser pendant leur étude contre 29,4%. D'autre part, 17,6% ne se rappelait plus. Parmi les sages-femmes ayant un objectif, 41,2% pensent qu'il avoisinait 5 épisiotomies contre 17,6% pensant

qu'il était de 10. Enfin, seulement 29,4% des professionnels estiment avoir réussi à répondre à cet objectif.

3.3.3.3 Épisiotomies réalisées

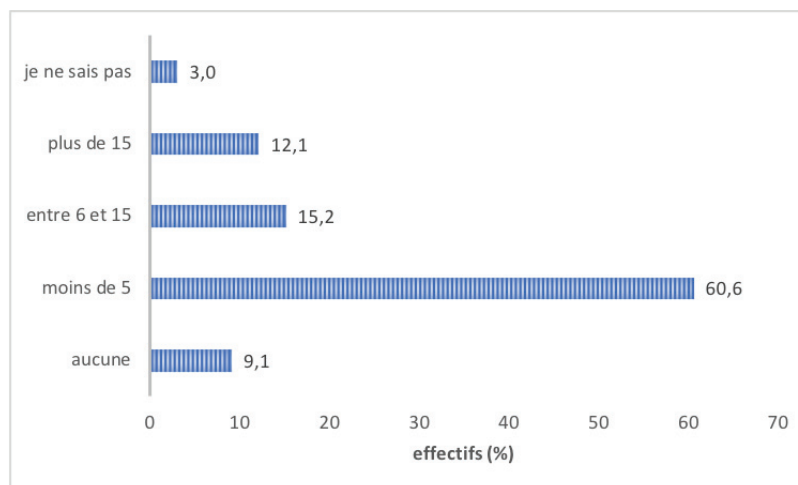


Figure 7- Pourcentage d'épisiotomies réalisées pendant les études

Tous les professionnels ont répondu à cette question. **La grande majorité aura réalisé « moins de 5 épisiotomies » pendant ses études.**

3.3.3.4 Perception de l'apprentissage

Pour ce qui est de l'enseignement concernant l'épisiotomie, **27 (81,8%) des sages-femmes interrogées ont estimé que l'apprentissage de l'épisiotomie au cours de leurs études était suffisant.**

18,2% d'entre eux ont répondu « non » à cette même question et estiment ne pas être à l'aise avec le geste en terme de direction et de longueur d'incision (dans 50% des cas) tandis que 33,3% des professionnels disent ne pas savoir quand la réaliser (moment opportun). A noter, les effectifs pour cette donnée étaient faibles : 6 professionnels concernés.

3.3.4 Pratique de l'épisiotomie pendant la vie professionnelle

3.3.4.1 Influence du lieu d'exercice sur la pratique

Parmi la population de professionnels, 11 sages-femmes ont exercé ailleurs qu'au CHU de Nice. Nous avons souhaité connaître les différents lieux d'exercice ainsi que le type de ces maternités afin de savoir si le professionnel estimait que sa pratique de l'épisiotomie était

différente en fonction de l'établissement. **2 sages-femmes pensent que leur pratique était augmentée par rapport à celle pratiquée au CHU de Nice.** Les autres professionnels n'ont pas constaté de différence.

Par ailleurs, **27 sages-femmes (81,8%) pensent que le type de maternité (I, IIa/IIb, III) n'influence pas la pratique de l'épisiotomie.** La question a été posée avec une possibilité de justification. 7 sages-femmes ont souhaité ajouter un complément de réponse.

Les réponses ouvertes allant dans le sens du « NON » (le niveau de maternité n'influence pas la réalisation de l'épisiotomie) peut se résumer en quelques points : la pratique de l'épisiotomie est surtout du fait de la formation initiale et des recommandations, le fait d'avoir plus de pathologies dans un niveau 3 ne change pas les indications d'épisiotomie.

Les réponses ouvertes allant dans le sens du « OUI » (le niveau de maternité influence la réalisation de l'épisiotomie) rassemblent les raisons suivantes : « Il y a plus d'extraction instrumentale en niveau 3 » (sous-entendu plus de pathologies), « l'épisiotomie est plus largement réalisée sur indication fœtale lorsque ce dernier est vulnérable (prématurité) » et « un niveau 3 engendre plus de pression de la part des médecins ».

3.3.4.2 Opinion des professionnels sur l'épisiotomie

La question : « Pensez-vous avoir une opinion arrêtée sur l'épisiotomie ? » a été posée aux professionnels. 3 propositions de réponses ont été formulées : **30,3% des professionnels ont répondu « n'en faire jamais » contre 69,7% disant « ne pas avoir d'opinion arrêtée ».** Par ailleurs la troisième réponse était « je n'hésite pas à en faire au moindre doute ». Le but de cette question était de déterminer s'il existait parmi les sages-femmes des « pour » ou « contre » l'épisiotomie.

Cette opinion a-t-elle évolué ? La réponse est « oui » pour 48,5% des cas contre 42,4% de « non ». Parmi les précisions apportées on retrouve : les nouvelles recommandations pour certaines, une meilleure maîtrise et une prise de confiance en soi avec le temps et l'expérience pour d'autres qui aura permis à ces sages-femmes de se tranquilliser face à l'ampliation du périnée et ainsi de réduire le nombre d'épisiotomie réalisé au cours de leur carrière. Tout ceci a conduit les sages-femmes à changer leur avis sur l'épisiotomie. A noter, il est revenu plusieurs fois qu'avec le temps et l'expérience professionnelle les jeunes sages-femmes n'avaient plus peur d'assumer une déchirure importante et le « reproche de : Pourquoi n'as-tu pas fait d'épisiotomie ? ».

Ceux et celles qui n'ont pas constaté d'évolution de leur avis sur l'épisiotomie ont souhaité détailler les arguments suivants : Très peu d'épisiotomies vu pendant les études laisse penser que c'est un geste rarement nécessaire, volonté personnelle primaire d'en faire peu. Et « pas d'évolution nécessaire tant que chaque épisiotomie est faite car jugée nécessaire ».

3.3.4.3 Nombre d'épisiotomies réalisé par an

18,2% relatent ne pas en faire du tout. 57,6% pensent en faire moins de 10% et 24,2% ont coché la proposition égale à 10% soit 1 épisiotomie sur 10 accouchements.

3.3.4.4 Sur quels critères les professionnels du CHU font-ils des épisiotomies ?

Pour cette question fermée, 13 propositions ont été formulées. Plusieurs réponses étaient possibles.

Une réponse s'est particulièrement détachée des autres : 87,9% des professionnels ont répondu que la **notion d'urgence néonatale** (que ce soit liée à de la prématurité ou à des ARCF), était un critère déterminant dans la réalisation d'une épisiotomie.

Puis de façon plus discrète : la **suspicion de macrosomie fœtale** (27,3%), **l'anticipation d'une déchirure sévère** (24,2%) à égalité avec **la crainte d'être jugée négativement en cas de déchirure sévère de la part de l'équipe** ont été cochées. 21,2% ont répondu « **Prévenir une extraction instrumentale** ».

18,2% des professionnels ont coché l'option « autre » où les sages-femmes étaient libres de préciser ce qu'ils estimaient important d'ajouter. Notamment : L'antécédent de périnée complet et compliqué (cité 3 fois), la demande du médecin, et lorsque le périnée tonique semble retenir la présentation.

Enfin, de façon moins représentés :

- 9,1% « périnée cicatriciel »
- 6,1% « limiter la durée des efforts expulsifs »
- 3,0% « Aucun, je n'en fais jamais. »

Par ailleurs, l'association la plus fréquente est la notion d'urgence néonatale et la crainte du jugement négatif de la part de l'équipe (cité 8 fois).

3.3.4.5 Auto-évaluation du professionnel

A posteriori, 51,5% des sages-femmes estiment avoir pratiqué des épisiotomies uniquement quand cela s'avérait nécessaire. Tandis que **39,4% des sages-femmes reconnaissent que certaines auraient pu être évitées.**

❖ Taux d'épisiotomie et influence sur la pratique

90,9% des professionnels souhaitent connaître leur taux d'épisiotomie contre 3 qui ne le souhaitent pas. Ils n'ont pas donné de précision quant à l'influence que la connaissance de ce taux pourrait avoir ou ne pas avoir sur leur pratique.

Quelle que soit la réponse précédente, 20 professionnels ont répondu à la question « Pensez-vous que la connaissance de ce taux puisse influencer vos pratiques ? ». 12 professionnels trouvent que l'influence est positive et bénéfique car peut permettre aux sages-femmes de réévaluer leur pratique en fonction des recommandations ou de la pratique « moyenne » du service, et qu'il y a un certain intérêt à revenir collectivement sur les indications pour les améliorer.

3 professionnels ne voient pas d'intérêt à connaître leur taux du fait d'une pratique déjà « juste » ou déjà « diminuée au minima ». 5 professionnels ont répondu ne plus faire d'épisiotomie ou en faire trop peu pour y trouver un bénéfice personnel.

❖ Notion de consentement

Nous avons demandé aux professionnels s'ils demandaient systématiquement le consentement des patientes avant de pratiquer une épisiotomie. La majorité répond que non, **ils ne demandent pas systématiquement le consentement (57,6%)**. Pour ceux qui sollicitent le consentement : 57,1% d'entre eux le font au moment de réaliser l'épisiotomie. 28,6% nuancent leurs propos en précisant qu'il s'agit davantage d'une information au moment de le faire plutôt qu'une vraie demande de consentement. 14,3% des professionnels préfèrent avoir une conversation à ce propos pendant le travail lorsque la patiente est demandeuse.

Pensent-ils que c'est possible et faisable ? Paradoxalement, **66,7% pensent que oui**. 9,1% n'ont pas répondu à cette question. Parmi les précisions apportées, 11 professionnels ont répondu qu'une information qu'elle soit donnée pendant le travail ou à l'accouchement est toujours possible (même dans l'urgence). 7 sages-femmes pensent que c'est possible sous certaines conditions / avec des prérequis tels que : une discussion préalable pendant le travail, s'il n'y a pas d'urgence vitale ou encore que c'est une information à adapter à la patiente en fonction de sa compréhension et de son discernement.

3.3.5 Etat des lieux des connaissances sur les recommandations du CNGOF de 2005

❖ Connaissance des recommandations

Nous avons demandé aux professionnels s'ils connaissaient les recommandations nationales relatives à l'épisiotomie de 2005. **54,5% des sages-femmes ont répondu « non »**, contre 39,4% « oui ». 6,1% ne se sont pas exprimés.

Les 39,4% (soit 13 professionnels ayant répondu « oui ») ont accédé à la question suivante relative aux indications de réalisation de l'épisiotomie. Seulement 2 des 6 propositions ont été cochées.

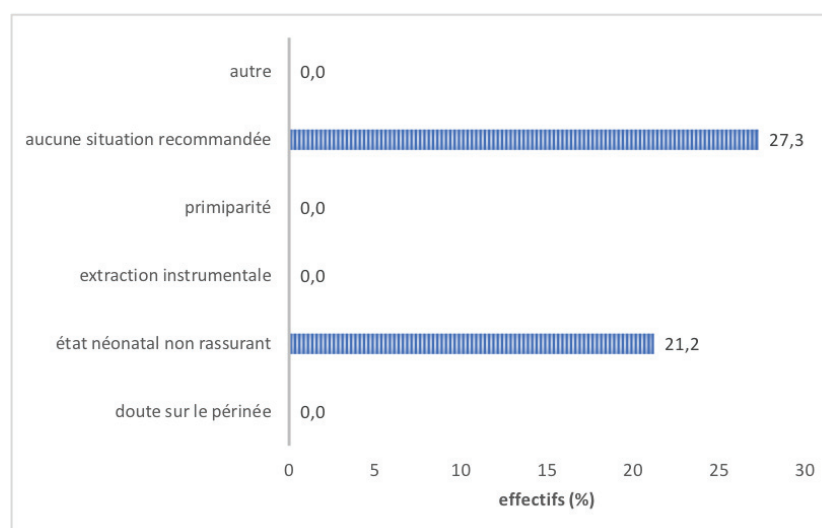


Figure 8- Réponses quant aux indications systématiques recommandées

L'état néonatal « non rassurant » rassemble 21,2% des suffrages (par rapport à la population totale) et la réponse « aucune situation recommandée » a été donnée par 9 professionnels (soit 27,3% de la population totale).

Une question s'adressait particulièrement aux professionnels ayant eu leur diplôme avant les recommandations du CNGOF (2005), cette part de la population représente 9,1% (n=3). Il leur a été demandé si ces recommandations avaient changé leur pratique. La réponse est « non » pour 2 d'entre eux.

❖ A combien est fixé l'objectif national ?

Les réponses à cette question ont été mitigées. C'était une question posée sous forme de question ouverte. Nous avons rassemblé les réponses qui étaient très proches.

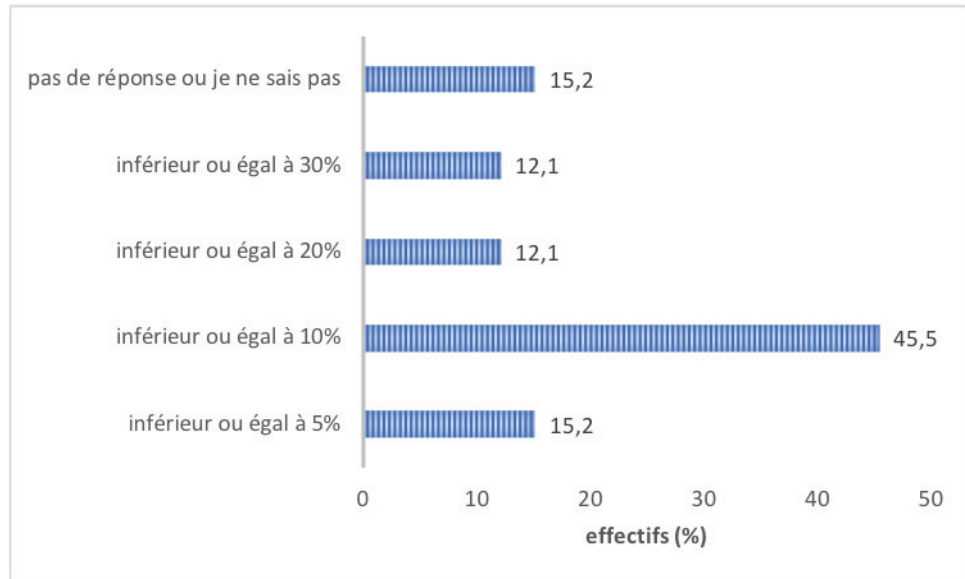


Figure 9- Objectif national en terme d'épisiotomie selon les professionnel

45,5% estiment le taux recommandé « inférieur ou égale à 10% ». 15,2% des professionnels pensent que c'est moins : « inférieur ou égal à 5% ».

3.3.6 Amélioration des pratiques

3.3.6.1 Solutions

Nous avons formulé la question sous forme de QCM avec 5 propositions dont une option permettant de faire des suggestions.

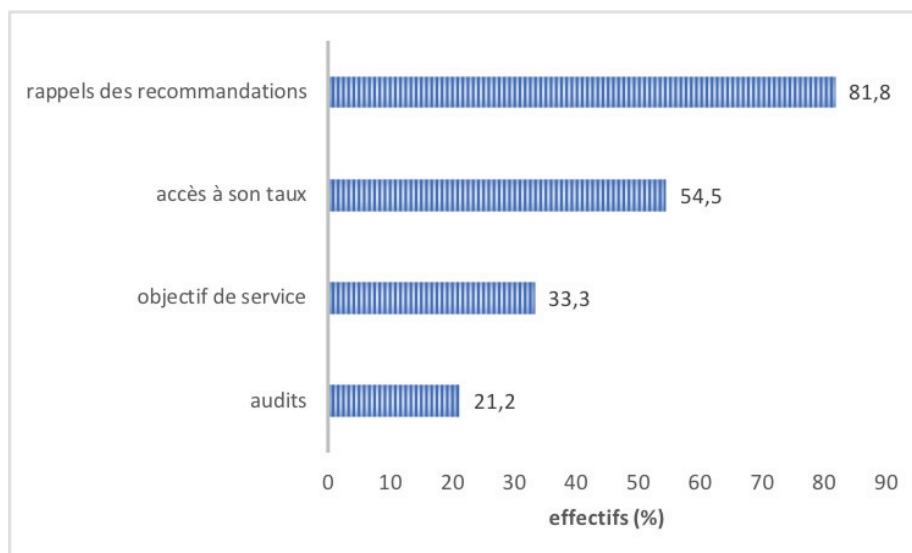


Figure 10- Solutions proposées pour améliorer les pratiques des professionnels

La première proposition « **information des professionnels (rappel des recommandations)** » a été cochée par **27 professionnels**. Et « avoir accès à son propre taux d'épisiotomie pour pouvoir se positionner par rapport au taux de l'hôpital et au taux fixé au niveau national » a été coché 18 fois.

3.3.6.2 Faut-il préciser le motif de réalisation d'une épisiotomie dans le CR ?

Il a été demandé aux professionnels s'ils aimeraient que le motif de réalisation d'une épisiotomie soit mentionné dans le compte-rendu d'accouchement. **25 professionnels ont répondu favorablement (75,8%)**, 7 professionnels étaient contre (21,2%). 1 professionnel n'a pas souhaité s'exprimer.

Parmi les raisons évoquées, il a été difficile de les résumer synthétiquement. Certains professionnels sont favorables afin de permettre des auto-évaluations, de se rapprocher des recommandations et de réduire les épisiotomies inutiles. Cela peut aussi être intéressant d'un point de vue « statistique » pour le service. La notion de responsabilisation du professionnel est ressortie plusieurs fois (« sans pour autant tomber dans le jugement »). Enfin, une remarque s'est détachée du lot : « Dans le contexte des violences obstétricales, cela permettrait d'avoir un argument lors d'un désaccord avec une patiente » apportant un aspect juridique.

D'autres professionnels ne souhaitent pas « devoir » motiver leur épisiotomie : « c'est un acte subjectif » et un « acte rare à l'appréciation de l'opérateur ».

3.4 Profil des sages-femmes confronté à la pratique de l'épisiotomie

Après l'analyse des données de professionnels, afin de répondre à la problématique : il a semblé intéressant de confronter les profils des professionnels aux taux d'épisiotomies relevés. Parmi les éléments du questionnaire utilisés il y a : l'âge, le lieu de formation ainsi que le ou les lieux d'exercice, l'année du diplôme traduit en années d'exercice et la connaissance des recommandations de 2005 du CNGOF.

Les professionnels qui ont répondu au questionnaire ont été classés selon deux catégories : les sages-femmes ayant réalisé 0% d'épisiotomies et les professionnels ayant fait plus de 10% d'épisiotomies. Les catégories visent à comparer les professionnels du CHU qui ont une pratique à « l'opposée ».

3.4.1 Les sages-femmes avec un taux de 0%

Les pratiques fluctuent selon les professionnels. Les trois années ont été parcourues. En effet un professionnel qui aura réalisé 0% en 2016 n'a pas forcément le même taux en 2018. Le tableau suivant résume la répartition des professionnels sur 2016, 2017 et 2018. Il traduit également les effectifs en pourcentages et rend compte du seuil de significativité des données entre elles.

Taux à 0%	2016		2017		2018		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Âge (ans) Moy (± ET)	4	(9,5)	6	(12,8)	23	(51,1)	NS
Lieux de formation							
A Nice	3	75	6	100	17	73,9	NS
Ailleurs	1	25	0	0	6	26,1	
Années d'exercice (ans) Moy (± ET)	13 ± 8,8		9,5 ± 2,8		8,2 ± 6,5		NS
Début de carrière							
Au CHU	2	50	3	50	13	56,5	NS
Ailleurs	2	50	3	50	10	43,5	
Connaissance RPC					22*	(95,7)	
Oui	1	25	1	16,7	9	40,9	NS
Non	3	75	5	83,3	13	59,1	

* 1 professionnels n'a pas répondu à la question

Tableau 17- Profil des professionnels avec un taux à 0%

Les échantillons sont restreints mais tendent à augmenter au cours du temps : 4 sages-femmes en 2016, 6 en 2017 et 23 en 2018. **Aucune donnée ressort comme étant significative compte tenu des faibles effectifs.**

Cependant, 25 professionnels étaient concernés par au moins un taux à 0% sur les trois ans de l'étude, et parmi eux : 7 en avaient au moins 2.

D'une année à l'autre, l'âge moyen de ces professionnels est de $31,4 \pm 6,9$ ans. 19 ont été formé à l'école de Nice (76%). Les deux tiers n'ont travaillé qu'au CHU de Nice. Un peu plus de la moitié indique ne pas connaître les recommandations du CNGOF relatives à l'épisiotomie.

En vu d'une confrontation avec le groupe de sages-femmes ayant un taux supérieur à 10%, par mesure de cohérence, nous avons été contraints de ne considérer que les professionnels ayant au moins deux taux à 0% sur les 3 ans d'étude afin de limiter le biais inhérent à un taux à 0% qui serait lié à une faible activité du professionnel. Cela a malheureusement réduit l'effectif à 7.

L'âge moyen des sages-femmes étaient de $32 \pm 4,7$ ans, 5 professionnels sont issus de l'école de Sages-Femmes de Nice. 5 n'ont jamais exercé ailleurs qu'au CHU. Le nombre moyen d'année d'exercice est de $10 \pm 7,1$ ans. Enfin, 5 professionnels sur 7 admettent ne pas connaître les RCP du CNGOF.

3.4.2 Les sages-femmes avec un taux supérieur à 10%

Dans cette catégorie, les effectifs sont faibles et tendent à diminuer. En 2016, 12 professionnels appartiennent à la catégorie, 7 en 2017 et 3 en 2018.

Taux supérieur à 10%	2016		2017		2018		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Âge (ans) Moy (\pm ET)	12	(28,6)	7	(14,9)	3	(6,7)	
Âge (ans) Moy (\pm ET)	$30,8 \pm 7,8$		$31,9 \pm 10,2$		$31,3 \pm 7,1$		NS
Lieux de formation							
A Nice	11	(91,7)	6	85,7	2	66,7	NS
Ailleurs	1	(8,3)	1	14,3	1	33,3	
Années d'exercice (ans) Moy (\pm ET)	$7,7 \pm 6,6$		$8,6 \pm 8,7$		$13 \pm 12,5$		NS
Début de carrière							
Au CHU	8	66,7	7	100,0	3	100,0	NS
Ailleurs	4	8,3	0	0,0	0	0,0	
Connaissance RPC							
Oui	6	50,0	3	42,9	2	66,7	NS
Non	5	41,7	3	42,9	1	33,3	
Pas de réponse	1	8,3	1	14,3	0	0,0	

Tableau 18- Profil des professionnels avec un taux supérieur à 10%

Aucune significativité résulte de ces données. 15 professionnels possédaient un taux supérieur à 10% au moins une fois au cours des années d'étude.

La population compte 21 professionnels. Ils étaient âgés de $30,4 \pm 7,1$ ans. 19 d'entre eux proviennent de l'école de Nice. 4 ont pu travailler ailleurs qu'au CHU de Nice. Toutefois, une plus grande variabilité entre les années de diplômes de 5 à 12 en passant par 7 ans d'expérience a été remarquée. Les résultats quant à la connaissance des RPC sont mitigés.

En vu d'une confrontation avec le groupe de sages-femmes ayant une pratique de l'épisiotomie à 0%, nous n'avons considéré que les professionnels ayant un taux global sur 3 ans supérieur à 10%.

L'âge moyen de ces professionnels étaient de $33 \pm 9,8$ ans, 6 professionnels sont issus de l'école de Sages-Femmes de Nice. 6 n'ont jamais exercé ailleurs qu'au CHU. Le nombre moyen d'année d'exercice est de $9 \pm 8,2$ ans. 4 professionnels sur 7 connaissent les RCP du CNGOF.

3.4.3 Confrontation des deux groupes

La confrontation entre les deux groupes n'a pas montré de valeur statistique significative compte-tenu de très faibles effectifs ($n=7$). Le tableau qui récapitule la comparaison se trouve en *annexe 6*.

4 DISCUSSION

4.1 Forces, biais et limites

4.1.1 Forces de l'étude

4.1.1.1 *Lieux et durée de l'étude*

L'étude a été menée au sein du CHU de Nice, un des deux centres publics de type III de la Région PACA. Cela signifie qu'une forte population afflue dans cet établissement, que ce soit pour des raisons de proximité ou de transfert mère-enfant. Il semblait important d'établir des statistiques de service pour cette maternité.

La durée d'étude est de 2 ans complets sur 3 années civiles différentes. Cette période a permis tout d'abord d'obtenir un effectif de 265 patientes concernées par une épisiotomie lors d'un AVB sans extraction instrumentale mais également d'établir une évolution de la pratique du service. Pour la plupart des données recensées, les analyses statistiques n'ont pas montré de différence entre les populations de 2016, 2017 et 2018, nous permettant ainsi de les considérer comme une seule et même population.

4.1.1.2 *Type d'étude et méthodologie adoptée*

La méthodologie choisie s'est axée sur une double composante : l'étude de dossiers qui permet d'avoir des données de type quantitatives et factuelles et le questionnement des professionnels qui leur donne la parole et permet l'apport d'un aspect plus qualitatif et « humain ».

L'étude sur dossiers a été facile à mettre en œuvre une fois les autorisations obtenues. Le questionnement des sages-femmes également du fait de la proximité (avec la possibilité d'affichage dans les différents services d'une note d'information de l'existence d'un questionnaire) et l'intérêt du service porté à l'étude (informations et relance par mail pour une meilleure adhésion des professionnels.)

Par ailleurs, les données ont été recueillies et analysées par une seule personne, limitant les risques d'erreurs liés à la variabilité interpersonnelle d'interprétation.

C'est une étude originale ; la seule à notre connaissance qui allie les deux protagonistes concourant à la réalisation d'une épisiotomie : la patiente et ses caractéristiques et l'accoucheur et sa pratique individuelle. L'étude rentre dans une démarche d'EPP et d'amélioration des pratiques.

4.1.2 Biais et limites

C'est une étude de type monocentrique avec les caractéristiques d'un établissement hospitalier de type III.

Le recueil des différentes données et le recensement des patientes éligibles sur le registre des naissances est tributaire d'une bonne tenue de ce dernier et donc source d'erreur. Pour cette même raison, les dossiers dont la case « épisiotomie » n'a pas été cochée dans le registre n'ont pas été étudiés et analysés.

Le recueil manuel des données et le caractère rétrospectif de l'étude représente la principale limite vis à vis de l'étude sur dossiers. Cette dernière présente quelques inconvénients tels qu'une exclusion des dossiers sur critères d'une mauvaise tenue, les limites de l'analyse de la situation obstétricale qui ne s'appuie que sur des données déclaratives (éléments notifiés du dossier) ou encore le fait que l'interprétation des données soit faite par une seule personne.

Pour des raisons de faisabilité et gain de temps, le choix du recueil manuel a été fait du fait de la complexité de l'obtention de listes nominatives (patientes et professionnels) et de délais de réponse très longs du DIM.

Au niveau, des données qualitatives obtenues par les questionnaires aux professionnels, le faible effectif rend difficile l'extrapolation mais les propos recueillis renforcent l'intérêt de l'axe et de cette partie de l'étude. Toutefois, l'ensemble des professionnels éligibles exerçant à l'Archet n'a pas à l'unanimité répondu au questionnaire.

Enfin, la revue de la littérature ne contient que très peu d'études excluant les AVB avec extraction instrumentale. Cela rend plus délicat les comparaisons avec les résultats de cette étude.

4.2 Validation des hypothèses

4.2.1 Positionnement de la maternité de l'Archet

D'après l'article « Peut-on encore diminuer le taux d'épisiotomie ? Etat des lieux en région PACA » (25) réalisée en 2016, le taux d'épisiotomie moyen (n=176 573) était de 21,6% entre 2013 et 2015 moyennant une décroissance significative. Ce taux prend en compte la pratique des sages-femmes et celle des obstétriciens.

4.2.1.1 Evolution du taux du service

Parmi les établissements comparés, il y avait la maternité de l'Archet. Ce chiffre associé à notre étude permet d'établir une continuité. Au cours de notre étude, une diminution significative du taux d'épisiotomie du service a été constaté. **En 2016 il était de 16,9% et il est en 2018 de 8,1%.** Le taux a été divisé par 2 en 2 ans. A l'échelle nationale, il y a une différence manifeste avec un taux deux fois moins important que celui relayé par l'ENP (20%) en 2016. Enfin, par rapport à la moyenne établie par l'article précédemment cité : c'est une perte de 13 points.

Il est légitime de se poser la question de ce qui a pu changer entre 2016 et 2018. De nouvelles recommandations sont venues changer le cours de la prise en charge de l'accouchement à différents niveaux notamment en réaménageant les différents stades et phases de l'accouchement et en limitant l'utilisation de l'Oxytocine pendant le travail (31). Ces RCP ont peut-être renforcé la volonté émergente d'un accouchement plus physiologique.

4.2.1.2 Evolution de taux des professionnels

Entre 2016 et 2018, la fréquence de survenue de l'épisiotomie a été divisée par 4 (de 9,5 à 2,2%). Les gynécologues quant à eux observent une diminution de presque 20% (de 52,0% à 32,7%).

Cependant, suite à la réception des chiffres du DIM transmis par la cadre du Service, les pourcentages « cotés » se sont révélés plus hauts que les taux calculés grâce aux données de cette étude. En 2016 le taux global est de 23,1% selon le DIM contre 16,9% selon notre étude. D'après l'article précédemment cité et le DIM, l'Archet serait alors en 2016 encore au-dessus de la moyenne régionale. Malgré ce constat, il est tout à fait possible que lors de la deuxième moitié de l'année 2016 (période considérée par l'étude) une légère inflation se soit amorcée.

En 2018, on retrouve un taux global de 14,5% pour le DIM contre 8,1% pour notre étude. **Bien que différents, ces taux montrent cependant tous une décroissance significative de la pratique d'épisiotomie des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens.** Ces différences peuvent s'expliquer par la méthode de recueil et de recensement choisie, les périodes d'étude différentes ou peuvent être liées à une population différente. Il n'y a pas de définition exhaustive de la population utilisée par le DIM. Il est possible que celle de l'étude puisse être plus large et ainsi diminuer les taux. Le DIM comptabilise les accouchements et

les actes cotés tandis que notre population comptabilise les naissances (nombre de nouveau-nés).

❖ Pratique des gynécologues-obstétriciens

L'étude a montré une décroissance importante du taux d'épisiotomie des gynécologues-obstétriciens. Entre 2016 et 2018 a été relevé une différence de 19,3 points. 90,7% du travail des GO sur les trois ans de l'étude, concernent les VBI. Cette activité est stable au cours de l'étude.

Sur la durée de l'étude le taux d'épisiotomie associé à une voie basse instrumentale est de 42,3%. C'est une différence de 24 points avec la pratique des CHU marseillais en 2016 (66,4%). (25) Le taux d'épisiotomie associé à chaque méthode d'extraction n'a pas montré de différence de répartition entre les 3 ans de l'étude : l'utilisation de chacune de ces méthodes d'extraction est équitable sur la durée de l'étude. Nous avons tout de même observé une augmentation significative du taux de double instrumentation « ventouse et spatules » avec un taux ascendant passant de 1,2% de fréquence en 2016 à 4,7% en 2018 ($p=0,03$). La pratique d'une épisiotomie dans ce cas de figure n'a quant à elle pas évolué.

Une épisiotomie est réalisée dans 68,5% des cas dans un contexte d'extraction avec spatules contre 24,9% pour la ventouse. Bien que la littérature envisage un rôle protecteur de l'épisiotomie lorsqu'une voie basse instrumentale est nécessaire (32) (33) (particulièrement lors d'une association de facteurs tels que : extraction instrumentale, nulliparité et présentation en OS), une diminution du recours à l'épisiotomie est possible et a été constatée. De plus, d'un praticien à l'autre les taux sont extrêmement variables. (*Annexe 2*)

En 2016, l'ENP a révélé dans son rapport que les voies basses instrumentales étaient réalisées en premier lieu à l'aide d'une ventouse (49,8%) suivi des forceps (27,6%) puis des spatules (22,6%). Théoriquement, la modalité d'extraction instrumentale est déterminée par la situation clinique : une ventouse n'a pas la même indication que les spatules ou les forceps. Cependant, à l'Archet, les spatules représentent une proportion plus importante que la ventouse ou les forceps par rapport à la population française. Il serait intéressant de revenir sur ce constat et d'approfondir la recherche et l'analyse des déterminants de la pratique de l'épisiotomie par les gynécologues-obstétriciens en cas de VBI.

L'accouchement caudale représente 3,4% de l'activité globale des gynécologues-obstétriciens. Dans 12,1% des cas une épisiotomie est prodiguée. C'est très proche du pourcentage annoncé par l'étude de Lesieur et al en 2016 « Peut on encore réduire le taux d'épisiotomie en région PACA ». Les auteurs ont observé une pratique de 13% d'épisiotomie dans le cadre d'un accouchement du siège par voie vaginale. Le faible taux pour cette population spécifique dans notre étude ne permet pas de réaliser de comparaison statistique entre les deux populations.

❖ Pratique des sages-femmes

L'étude s'est particulièrement axée sur les sages-femmes et leur activité. En 2016, les taux étaient plus importants qu'en 2017 et 2018.

	2016		2017		2018	
Taux d'épisiotomie (%)	(9,5)		(6,4)		(2,2)	
Taux le plus haut (%)	(48,1)		(25,0)		(12,5)	
Taux le plus bas différent de 0 (%)	(2,2)		(1,4)		(1,9)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	42	(100)	47	(100)	45	(100)
Taux à 0%	8	(19,0)	11	(23,4)	32	(71,1)
Taux >30%	1	(2,4)	0	(0,0)	0	(0,0)
Taux ≤10%	17	(40,5)	27	(57,4)	10	(22,2)
Taux compris entre 10,1-30%	16	(38,1)	9	(19,1)	3	(6,7)

Tableau 19 - Résumé des taux d'épisiotomie des sages-femmes sur 3 ans

Sur 3 ans, un seul taux a dépassé 30% (48,1% en 2016). L'opérateur a montré au cours de l'étude une décroissance significative de son taux. Les taux les plus hauts s'amenuisent au fur et à mesure des années (de 25% à 12,5% entre 2017 et 2018). Les taux les plus bas (différents de zéro) sont relativement stables.

Les taux d'épisiotomie sont, à une exception près, tous en-dessous de la limite nationale fixée par le CNGOF.

A priori, les professionnels du CHU de Nice respectent les recommandations en matière d'épisiotomie et ont adopté le modèle restrictif préconisé.

<i>Evolution des taux</i>	Population de l'étude	
	n	(%)
	49	(100)
Taux descendant ↓	26	(53,1)
Taux ascendant ↑	2	(4,1)
Taux fluctuant	14	(28,6)
Taux stables →	3	(6,1)
Non évaluable (1 seule donnée)	4	(8,2)

Tableau 20 - Evolution des taux d'épisiotomie des opérateurs au cours de l'étude

.Ce tableau illustre l'évolution de la pratique au cours de l'étude. 26 professionnels ont diminué de façon linéaire leur pratique. Deux opérateurs ont, quant à eux, augmenté leur pratique, mais c'est une information à nuancer : ils sont tous deux passés d'un taux de 0% à des taux très inférieures à 10%. Parmi les évolutions « fluctuantes » les taux oscillent de 2,6% à 16,7% avec un taux moyen de $6,9 \pm 5,3\%$.

D'après les évolutions décrites et les propos collectés des professionnels au sujet de leur pratique : les taux continuent et vont continuer à décroître. En 2018, les dernières recommandations datent alors de plus de 13 ans. Ce qui montre que même à distance, l'impact de ces recommandations s'est ancré dans la pratique courante des sages-femmes au CHU de Nice qu'ils soient expérimentés ou nouvellement diplômés. Pourtant une partie de la population de professionnels confesse ne pas connaître le contenu des RCP. Il est possible que l'évolution de la pratique soit imputable en partie à une dynamique de service voir même à une dynamique nationale.

Notre analyse a relevé une augmentation importante du nombre de taux à 0% des sages-femmes (32 en 2018). Cependant, les RCP ne préconisent pas pour autant un taux d'épisiotomie à 0%. Bien que la tendance soit à la restriction. L'épisiotomie est un acte chirurgical qui répond à un ensemble de facteurs cliniques et paracliniques justifiant sa pratique lorsque l'opérateur le juge nécessaire.

4.2.2 Caractéristiques des patientes et circonstances de l'épisiotomie

Parmi les critères étudiés chez les patientes, rares sont les éléments qui ont montré une différence significative au sein des différents échantillons de la population. Cette absence de différence a permis d'appréhender les différentes populations (de 2016, 2017 et 2018) comme une seule et même population (n=265). Après analyse des données recueillies, les éléments discutés ci-dessous étaient les plus pertinents pour répondre aux différentes hypothèses.

4.2.2.1 Données de l'étude confrontées à l'enquête périnatale et à la littérature

La population de l'étude est majoritairement primipare et âgée de plus de 25 ans.

Au sein de la population, les "moins de 25 ans" sont les moins concernées par une épisiotomie. En effet, l'âge moyen de notre population est de 31 ± 5 ans. Cette répartition est cohérente et proche de l'âge moyen des femmes qui ont accouché en 2018 selon l'INSEE (30,6 ans). (34)

Il existe une corrélation entre l'âge et la parité des patientes. Dans la littérature, le critère favorisant l'épisiotomie largement reconnu est la primiparité. Les résultats de cette étude sont en adéquation avec cela. La population est composée à 68,3% de primipares. **La primiparité semble avoir influencé la réalisation de l'épisiotomie.** Une rapide confrontation avec l'ENP montre une différence de 26 points entre la population étudiée et la population générale (respectivement, 68,3% contre 42,2% de primipare en 2016.) Il a également été établi que parmi ces patientes dans 67,2% des cas les femmes étaient âgées de plus de 25 ans. Cette donnée vient contredire l'étude réalisée en 2016 en PACA, les auteurs ont remarqué qu'un âge plus jeune de la femme favorisait la pratique de l'épisiotomie. Les auteurs déclarent que 27,8% d'épisiotomie est réalisé chez les moins de 25 ans contre 14,7% dans notre population. Cependant, les deux populations ne sont pas identiques. Notre population ne s'intéresse qu'aux patientes ayant eu un AVB sans extraction instrumentale. Il semblerait que la différence entre les deux pourcentages trouve son explication à ce niveau. À l'Archet, les moins de 25 ans sont les moins concernées par une épisiotomie.

La population de l'étude a un IMC normal dans 64,9% des cas.

L'IMC moyen est de $22,9 \pm 4,6$. La proportion de femme en surpoids dans notre étude est en adéquation avec la proportion retrouvée dans la population générale française : 20% en 2016 d'après l'ENP et 18,9% pour notre population. **Notre population ne montre pas d'impact de l'IMC sur la survenue d'une épisiotomie.** La prise de poids pendant la grossesse est en moyenne de $13,5 \pm 5,8$ kg dans notre population, cette donnée est toujours en corrélation avec la population générale française. D'après la littérature et notamment le CNGOF, un IMC augmenté augmente significativement la probabilité de LOSA et le recours à l'épisiotomie, nous ne pouvons pas conclure de façon identique dans notre population.

Notre population est majoritairement issue de France (47,5%) ou d'Afrique du Nord (31,3%).

D'après l'enquête périnatale, 14,1% des femmes ayant participé à cette enquête n'étaient pas françaises, avec notamment 5% issue d'Afrique du Nord. Il est cependant difficile d'imputer notre résultat (31,3% de femmes originaires d'Afrique du Nord) au seul fait d'avoir eu une épisiotomie, il se peut que cette donnée soit représentative de la population globale venant accoucher au CHU de Nice. La proportion d'étrangers est plus élevée que sur le reste du territoire français. Nice est un carrefour important en terme d'immigration du bassin méditerranéen. La littérature reprend souvent cette idée d'ethnie en tant que facteur de risque de survenue de LOSA et d'épisiotomie. Un article bibliographique paru dans la revue de *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* en décembre 2018 s'attarde sur ce critère et n'a pas relevé de corrélation vraie entre l'ethnie est la survenue de LOSA. Par conséquent, les auteurs ne recommandent pas de réaliser une épisiotomie sur ce seul critère de jugement. (35) Une étude plus ancienne par Goldberg et al. montraient un taux d'épisiotomie variable en fonction de l'ethnie des femmes : 15,1% pour les femmes de phénotypes blancs contre 32,3% chez les femmes asiatiques en passant par 19,3% chez les femmes noires. (36) **La variabilité des données d'une étude à l'autre ainsi que nos résultats ne nous permettent pas d'établir de lien entre l'ethnie ou l'origine et une pratique de l'épisiotomie.** Enfin, une étude israélienne originale a montré que la mixité ethnique au sein d'un couple prédisposait moins la femme à une épisiotomie qu'un couple d'immigrants de même origine démographique avec une différence de 14 points entre les deux taux d'épisiotomies. (37) Il est difficile de comparer le résultat de la population avec cette étude étant donné que cette information n'a pas été recueillie lors de notre analyse. Mais selon cette publication, l'influence décrite sur la pratique de l'épisiotomie semble s'opérer à un niveau social plutôt qu'anatomique.

9,1% de la population présente un diabète gestationnel.

Cette donnée est en accord avec le chiffre relayé par l'ENP. **Cela montre que le DG n'influence pas la pratique d'une épisiotomie au sein de la maternité de l'Archet.** Le pourcentage de patientes ayant un antécédent familial de diabète n'a pas montré de significativité non plus. Il n'y avait pas de patiente atteinte d'un diabète de type 2 préexistant à la grossesse bien que la littérature relate qu'il s'agisse d'un facteur de risque élevé chez la primipare. (38)

1 multipare sur 2 de la population a un antécédent de périnée cicatriciel.

A propos des antécédents périnéaux des patientes multipares, seulement 2,4% déclarent avoir eu un périnée intact lors de leur premier accouchement. A noter, dans 26,8% des cas, l'anamnèse du dossier n'était pas complète et n'a pas permis de ressortir cette information supposant une part plus importante de l'incidence de cet antécédent. 53,7% des multipares avaient un périnée cicatriciel⁷ (dont l'antécédent d'épisiotomie représentant 40,5% des multipares) **L'antécédent de périnée cicatriciel constituait auparavant une indication à l'épisiotomie. Il semblerait que cette indication persiste.** Une étude récente a montré qu'une épisiotomie au premier accouchement était un facteur de risque indépendant d'avoir une épisiotomie pour l'accouchement suivant. (39) L'antécédent d'épisiotomie représente une zone fragile de tissu cicatriciel rendant la patiente plus sujette à l'épisiotomie préventive. (40) Malheureusement nous n'avons pas trouvé de donnée concernant les déchirures naturelles. Mais notre résultat semble en accord avec ces études. Toutefois, il est stipulé que l'épisiotomie prophylactique sur ce seul critère n'est pas recommandée, y compris lors d'un antécédent de périnée complet compliqué tant que l'accouchement n'a pas été contre-indiqué. (3) Ici encore, il est difficile d'établir un lien entre l'antécédent de périnée cicatriciel et la prise de décision de l'opérateur.

D'après une étude australienne de 2019 (41), Les femmes avec un antécédent d'excision présentent selon la littérature un risque majoré d'épisiotomie sans pour autant présenter un risque majoré de LOSA. Il est difficile de conclure pour cette donnée au vu du très faible effectif de cette population (n=4). Le dépistage et le suivi de ces femmes est un axe qui est en plein essor au CHU de Nice depuis la récente mise en place de consultations spécifiques avec un gynécologue spécialisé et l'instauration des consultations « Violences faites aux femmes ».

1 Multipare sur 3 a un antécédent d'utérus cicatriciel.

Parmi la population de l'ENP, 16,2% des multipares présentaient un antécédent d'utérus cicatriciel. Ce chiffre présente une différence de 12 points avec notre population. **Il semble exister un lien entre un antécédent de césarienne pour la première grossesse et la pratique d'une épisiotomie pour l'accouchement suivant.** Des études se sont interrogées sur l'impact de cet antécédent sur la survenue d'une LOSA : les résultats n'étaient pas

⁷ Le périnée cicatriciel comprend toutes atteintes périnéales, ne se concentre pas exclusivement sur l'épisiotomie.

concluants pour l'une (42) et significatifs pour l'autre (43) qui obtenait un résultat original : un antécédent de césarienne en urgence augmentait significativement la survenue d'une LOSA par rapport à une césarienne programmée et par rapport au groupe de femmes primipares. Cependant les taux évoqués semblent plus hauts que ceux connus pour la population française. Ils mentionnent un taux de survenue de LOSA à 5% chez la primipare, la population française n'en compte que 0,8%. Très peu de données de la littérature à ce sujet viennent corroborer l'une ou l'autre de ces études. Quoi qu'il en soit, l'antécédent d'utérus cicatriciel pour une femme ayant eu un premier enfant signifie également et surtout qu'elle n'a jamais accouché par voie basse : son périnée est assimilable à celui d'une primipare. **Il n'est donc pas étonnant que cet antécédent soit significativement plus représenté dans notre population que dans la population française.** L'étude menée par Chuilon et al. en 2016 vient corroborer cette idée : les multipares avec un antécédent de césarienne sans voie basse antérieure ont un facteur de risque d'épisiotomie. (24)

A l'Archet plus d'une patiente sur 2 bénéficient du nombre recommandé d'échographies.

En France, le nombre moyen d'échographies est de 5,5 en 2016 (ENP) et 75% des femmes avaient plus d'échographies que le nombre recommandé bien que l'enquête stipule que les grossesses de ces femmes étaient sans particularités ni complications et ne nécessitaient pas de surveillance échographique supplémentaire. Pour cette étude, le mode de comptabilisation a été réalisé selon des catégories plutôt qu'un dénombrement. La différence de méthodologie ne permet pas une pleine confrontation des données. **Cependant, la population présente 1,8 fois moins d'échographies que la moyenne française en 2016.** Pour chaque patiente de l'étude ayant bénéficié de plus de 3 échographies recommandés, dans 75% des cas il y avait une raison médicale explicitement retrouvée dans le dossier.

Pour l'analyse des données biométriques fœtales, nous n'avons considéré que la valeur du BIP et du PA en percentile. La longueur fémorale (LF) ne présentait pas d'intérêt pour l'étude. 109 fœtus (44,2% de la population) étaient hors courbes. 7,5% des fœtus de notre population étaient suspectés de macrosomie contre 4,9% de la population de l'ENP. Ce chiffre est augmenté par un facteur 1,5 par rapport à la population générale mais la différence entre les deux n'est pas significative. **La suspicion d'une macrosomie vraie sur les échographies n'a pas semblé influencer la réalisation d'une épisiotomie.** Ce critère étant peu représenté, il n'est pas possible de statuer sur cette donnée.

Parmi les causes retrouvées expliquant que le fœtus ne présente pas des biométries dans la norme des courbes de croissance : la valeur du BIP augmentée à l'échographie est majoritairement représentée. La valeur du BIP augmentée peut être un critère de jugement pour la réalisation d'une épisiotomie : la tête présente le diamètre fœtal le plus important qui sollicite et majore l'ampliation du périnée au moment de l'expulsion. Une étude chinoise datée de 2018 a montré que la survenue d'une épisiotomie était augmentée en cas de majoration en centimètre du diamètre bipariétal. (44) Le reste des raisons rejoint l'idée d'un fœtus plus gros que la normale : 18,8% des fœtus avaient une mesure du PA augmentée, et 17,1% des fœtus suspectés macrosomes.

80,4% des enfants sont nés eutrophes, dans 11,7% des cas les enfants étaient macrosomes.

Les chiffres de l'ENP n'ont pas montré de différence significative avec la population de l'étude. Les nouveau-nés de l'étude n'étaient pas statistiquement plus gros que les nouveau-nés français. Lorsqu'une macrosomie est suspectée, la littérature reconnaît largement une augmentation du recours à l'épisiotomie. (45) (7) **La donnée brute ne semble pas indiquer que la macrosomie soit un facteur de risque majorée de l'épisiotomie au CHU de Nice.** Ceci dit, les précédentes réflexions en rapport avec le poids fœtal et néonatal ont montré que les enfants de la population sont de poids plus important que la normale.

76,9% des patientes de la population ont un terme d'accouchement compris entre 38 et 41 SA.

Cette donnée montre la prédominance de la pratique de l'épisiotomie sur les accouchements s'approchant le plus du terme par rapport à des accouchements pré-terme, ce qui semble logique au vu de l'augmentation du poids fœtal au fur et à mesure de la grossesse. La revue de la littérature ne contredit pas ce propos : une étude iranienne montre que les traumatismes périnéaux augmentent avec l'âge gestationnel. (45) L'étude réalisée en région PACA en 2016 démontre un rôle protecteur d'un terme inférieur à 37SA en matière d'épisiotomie. (25) Notre étude semble s'accorder avec ces données.

47,9% des fœtus se présente en céphalique en OIGA.

27,5% étaient en OIDA. Ce chiffre est très élevé en comparaison du pourcentage de fréquence décrit dans la deuxième édition de « *Mécanique et techniques obstétricales* ». Selon Schaal et

al. la variété OIDA ne comptabilise que 4% des fœtus. Inversement, les variétés postérieures sont peu diagnostiquées au cours du travail, tandis que les auteurs déclarent que dans 33% des cas le fœtus se présentait en OIDP et dans 6% des cas de la variété OIGP. Nous n'avons pas trouvé d'autres sources pour étayer nos résultats. Cette donnée est peu concluante.

La variété d'expulsion en OS figure peu dans la population (n=14).

Selon la littérature, l'accouchement en OS concerne environ 5% des naissances (46) c'est une situation obstétricale à haut risque pour le périnée pouvant motiver une épisiotomie. Notre effectif est très proche de celui évoqué dans la littérature. Il n'y a pas de différence entre la population de l'étude et la population générale : **la variété en OS ne semble pas augmenter le recours à l'épisiotomie par les sages-femmes du CHU de Nice.** Avant, selon Riehtmuller et al. 58% des présentations en OS étaient concernées par une épisiotomie. Ce constat s'est établi sur une population de 210 femmes ayant accouché en occipito-sacré. (47)

Seulement 1 dossier obstétrical étudié concerne une patiente avec un fœtus en présentation caudale.

Pour ce critère, la présence systématique du gynécologue-obstétricien ou de l'interne rend difficile l'imputabilité de l'acte. Au cours de l'étude, un seul siège a été - à la lecture du dossier - attribué au sage-femme. Au sein de notre population c'est un très faible effectif. Selon Schaal et al. en 2003, la fréquence de la présentation du siège était estimée à 3-4% avec une tendance à augmenter (46) d'après l'ENP de 2016 elle était de 4,7%. Bien que nous n'ayons pas de chiffre concernant la pratique de l'accouchement du siège par les sages-femmes, **ce cas isolé suggère que la pratique de l'épisiotomie pour le siège par les sages-femmes est peu fréquente.** Dans la littérature on retrouve peu de publications croisant le siège avec le recours à l'épisiotomie : une étude de 2016 indique que le siège représente un des principaux facteurs de risque associé à l'épisiotomie au même titre que la voie basse instrumentale. (24)

La majorité des patientes (81,1%) de la population s'est mise en travail spontanément.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion de patientes déclenchées de l'étude et la population générale française décrite dans l'ENP : 68,1% des femmes de la population générale se sont mises en travail spontanément. 22,6% ont été déclenchées et 9,3% ont

bénéficié d'une césarienne avant travail. Nous n'avons pas considéré dans nos calculs la part des patientes ayant eu une césarienne avant travail. Notre population est plus restreinte. Pour comparer fidèlement cette répartition et tirer une conclusion fiable, il faudrait comptabiliser le nombre de « césariennes programmées » au sein de la maternité de l'Archet. **Quoi qu'il en soit, cette information montre que le déclenchement du travail n'influence pas à lui seul la survenue de l'épisiotomie.** La littérature rapporte que le déclenchement du travail augmente le traumatisme périnéal mais ne statue pas quant à son influence sur la réalisation d'une épisiotomie. De plus, après croisement des données : il n'a pas été relevé de différence de modalités de déclenchement du travail en fonction de la parité des femmes. **Le fait d'être primipare et déclenchée ne favorise pas l'épisiotomie.**

Lorsqu'un déclenchement artificiel est indiqué, la méthode utilisée est à 76% une méthode impliquant des prostaglandines pour la maturation du col.

D'après l'ENP, les prostaglandines sont utilisées dans 61,9% des cas. Cela montre un recours plus important dans notre population. Les protocoles en matière de déclenchement préconisent cette méthode lorsque le score de Bishop⁸ n'est pas favorable. Or, le score de Bishop (et par procuration la maturation d'un col) est souvent lié à la parité de la patiente. La proportion de primipares dans notre population contribue à comprendre cette différence. **Il est possible que cette méthode de déclenchement joue un rôle dans la survenue d'une épisiotomie sans pouvoir le démontrer.**

La méthode d'analgésie majoritaire est l'APD avec 90,2% de la population.

En France, le recours à l'APD est de 81,4%. **Il existe une différence significative entre ces deux populations qui suppose un recours plus important à l'épisiotomie en présence d'une analgésie péridurale.** 8,7% de la population de l'étude n'a pas souhaité ou n'a pas bénéficié de méthodes analgésiques d'après les dossiers. La littérature permet de tirer les mêmes conclusions : une épisiotomie est significativement réalisée en présence d'une APD. (49) Cela peut s'expliquer à plusieurs niveaux : l'APD influence la durée du travail, elle impacte la qualité des efforts expulsifs maternels du fait d'une perte partielle des sensations et

⁸ le score de Bishop permet l'évaluation de la maturation du col utérin

l'analgésie du périnée peut « encourager » l'accoucheur à pratiquer une épisiotomie par rapport à une parturiente qui n'aurait pas de méthode analgésique.

L'utilisation d'Oxytocine pendant le travail n'a pas été retrouvée comme significative pour la population de l'étude.

Il n'y a pas de différence significative avec la population générale française. **Cette élément ne semble pas influencer la réalisation d'une épisiotomie.** Les durées de perfusion ont été de 3 heures au moins à de faibles débits efficaces ($6,5 \pm 4,4$ mUI/min). Pourtant en 2010, une étude française indiquait que l'Oxytocine pendant le travail était associée au recours à l'épisiotomie. (24) Il serait intéressant de réévaluer ce paramètre avec une méthodologie différente au sein de la maternité de l'Archet pour vérifier s'il existe un lien entre l'épisiotomie et l'Oxytocine pendant le travail.

La couleur du L.A était dans 77% des cas « clair ».

C'est un élément quasiment systématiquement renseigné sur le partogramme. Au cours de notre étude seulement 0,8% étaient manquants (n=2). La couleur du liquide amniotique a une valeur clinique d'appréciation du bien être fœtal. Lorsque le liquide est teinté ou méconial, cela suggère que le fœtus a subi un stress qui a engendré le relâchement du sphincter anal et a émis son méconium prématurément dans le liquide amniotique, intra utérin. C'est la réponse intestinale fœtale à une situation d'hypoxie qu'elle soit brève et transitoire ou profonde et durable. (50) Ceci étant dit, c'est une composante dotée d'une faible sensibilité de diagnostic comme le suggère Souza et al. dans leur publication de 2018 où n'a pas été retrouvée de corrélation vraie entre un LA anormal et un taux d'acidose néonatale sévère. Selon ses auteurs ce seul critère de jugement ne doit pas changer la prise en charge obstétrical. Notre étude a obtenu un résultat de 9,4% de LAM. D'après le *Traité d'Obstétrique*, la fréquence de survenue du LAM est de 13% à la naissance. (50) Notre population montre un taux plus bas sans possibilité d'établir de différence significative. **Cela suggère que la couleur du LA n'influence pas la probabilité de réalisation d'une épisiotomie.** Shmueli et al. ont mis en évidence une donnée contradictoire : le liquide méconial est un facteur de risque chez la nullipare d'avoir une épisiotomie. (51)

Les différents temps de phases de travail ont exprimé une différence entre les trois années de l'étude. En 2017, la phase active⁹ et la phase de descente¹⁰ sont significativement plus longues qu'en 2016 et 2017.

Cela montre un temps de dilatation et de descente de la tête fœtale plus important. Ces données font échos aux nouvelles RCP parues à cette époque relatives à l'utilisation de l'Oxytocine pendant le travail et le nouveau découpage des stades du travail en phase de latence, phase active et phase d'expulsion. Les RCP préconisent de limiter l'administration d'Oxytocine pendant le travail et ont permis aux professionnels de prolonger d'une 3^e heure le deuxième stade du travail sans altérer la balance bénéfico-risque materno-fœtale tant que l'état fœtal le permettait. (31) Une étude a montré que la prolongation de la phase de descente réduisait le recours à l'épisiotomie par le seul fait d'attendre que la patiente ressente l'impériosité de pousser. (52) L'augmentation du temps de la deuxième phase du travail expose néanmoins la patiente à un risque augmenté de LOSA selon Naime-Alix et al. (53)

Dans le même ordre d'idées, une étude chinoise de 2018 désigne comme facteur de risque de l'épisiotomie une prolongation du deuxième stade du travail. (44) **Notre étude en 2017 semble se corrélér avec ces données.** Par ailleurs, les auteurs trouvent également une probabilité d'épisiotomie plus grande lorsque la primiparité est associée à un travail de plus de 10 heures. D'après la moyenne de notre étude, les opinions divergent sur ce point. Les RCP n'ont pas changé la durée moyenne du travail sur les trois années elle est de 5 heures et 30 minutes \pm 3 heures et 11 minutes. **Les durées de la phase de latence ou de la phase de descente n'influencent pas à elles seules la pratique de l'épisiotomie.** Si l'on considère les taux d'épisiotomie en 2018 : ils sont plus bas encore par rapport aux taux de 2017, tandis que la durée de la phase active et de la phase de descente étaient similaires aux durées observées en 2016.

Le rythme cardiaque fœtal a été analysé sur 20 minutes avant l'expulsion : 37,4% ne présentaient pas d'anomalie (ARCF) contre 61,9% de rythmes pathologiques.

Un rythme pathologique selon la classification de Melchior limite la durée des EE à moins 10-15 minutes au maximum. (29) L'analyse du RCF est à l'interprétation de l'accoucheur et est

⁹ La phase active correspond à la phase de dilatation cervicale entre 5 et 10 cm.

¹⁰ La phase de descente se caractérise par le franchissement des détroits osseux du bassin maternel

de ce fait teintée de subjectivité. Elle est sujette à une variabilité interpersonnelle et intrapersonnelle. Une interprétation « théorique » à distance ne saurait remplacer l'évaluation en temps réel de la situation dans sa globalité. Ces données sont donc à nuancer. Une autre plus ancienne réalisée en Angleterre sur 101 centres hospitaliers avec 40 patientes par hôpital a montré que les ARCF et la détresse fœtale constituait la raison principale de réalisation d'une épisiotomie. (55) **La présence d'ARCF des tracés de notre population semble influencer le recours à l'épisiotomie.**

Suite au croisement des données entre la durée des efforts expulsifs et la présence d'ARCF 20 minutes avant l'expulsion de l'enfant : il a été décelé qu'un rythme sans ARCF permettait aux patientes de pousser plus longtemps (durée supérieure à 20 minutes pour 47,4% des patientes) : ce résultat suggère que l'épisiotomie n'a pas été réalisée dans une circonstance d'état néonatal « non rassurant ». Tandis que les nouveau-nés avec un tracé pathologique sont nés en moins de 20 minutes d'efforts expulsifs (73,9% d'entre eux) avec une majorité présentant une durée d'expulsion comprise entre 0 et 10 minutes : **l'interprétation de ce résultat présume et renforce l'idée que l'épisiotomie a possiblement été réalisée dans un contexte d'état néonatal « non rassurant » afin de précipiter la naissance.**

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude ayant établi un lien entre les ARCF et le recours à l'épisiotomie. L'étude se rapprochant le plus de cette thématique a rapporté en 2019 que la *fœtal distress*¹¹ n'était pas un facteur de risque de traumatismes périnéaux dont l'épisiotomie fait partie. (45) Nous n'avons pas retrouvé d'étude faisant le lien entre la durée des efforts expulsifs et les anomalies du rythme.

La durée des efforts expulsifs (EE) moyenne de la population est de 16 ± 10 minutes.

En France les recommandations orientent l'issue de l'accouchement vers une extraction instrumentale après 30 minutes d'EE. Ailleurs dans le monde, la norme n'est pas la même : il est possible d'atteindre jusqu'à 1 heure chez la primipare. (54) La littérature est pauvre lorsqu'il s'agit de la durée des efforts expulsifs. La moyenne associée à la présence d'une épisiotomie suggère une précipitation de la naissance par le professionnel pour raisons néonatales, une limitation des EE ou encore une anticipation.

¹¹ Détresse fœtale

Dans la majorité des cas (81,9%) l'épisiotomie ne présentait pas de lésions associées à sa réalisation.

Malgré l'épisiotomie, 11,7% des dossiers ont révélé une déchirure médiane simple associée. Plus discrètement : 3 patientes (1,1%) ont eu une LOSA. L'ENP en 2016 a recensé 0,8% de périnée complet (déchirure sévère, LOSA). Il n'y a pas de différence significative entre ses données. Les populations sont similaires. **Cela évoque que l'épisiotomie ne protège pas les patientes des LOSA au sein de notre population.** Cette idée représente même l'argument majeur des détracteurs de l'épisiotomie. (51) Shmueli et al. déclarent que chez la multipare, l'épisiotomie augmente le risque de LOSA.

Un score d'Apgar compris entre 8 et 10 regroupait 95,1% des nouveau-nés à 1 minutes de vie.

Le pourcentage de nouveau-né ayant nécessité une intervention (score théorique inférieur à 8) est de 2,3% à 1 minute et de 0,8% à 5 minutes de vie. L'ENP montre que la fréquence des scores inférieurs à 8 est de 1,2% à 5 minutes. **Cet écart n'est pas revenu significatif à l'analyse statistique et ne permet pas de constater une influence positive de l'épisiotomie sur l'amélioration du score d'Apgar à 5 minutes de vie de l'enfant.** Plusieurs études montrent qu'il n'y a pas d'impact de l'épisiotomie sur le score d'Apgar (pas d'amélioration de celui-ci), notamment une étude brésilienne datée de 2012 avec une population à bas risque de n=484 patientes. (55)

La population de l'étude est en situation d'acidose fœtal dans 6,8% des cas.

L'acidose fœtale se mesure grâce à des prélèvements au sang du cordon. Le pH et les lactates sont mesurés. A l'Archet, les protocoles Réseau détermine à 7,15 une valeur pathologique du pH artériel. L'ENP s'appuie sur la même norme : 9,5% des nouveau-nés de la population française sont en situation d'acidose à la naissance. Les deux populations sont similaires. **Ce critère ne semble pas être augmenté dans la population de patientes ayant eu une épisiotomie.** Les nouveau-nés issus de ces AVB ne paraissent pas avoir nécessité davantage d'interventions que les nouveau-nés de la population française. Cela évoque de façon indirecte que l'état néonatal n'influence pas la décision de réalisation d'une épisiotomie. La littérature retrouve des pourcentages d'acidose approchant de celui de l'ENP. (56) (57)

Plusieurs facteurs de risque récurrents de la littérature figurent parmi les caractéristiques de la population, l'ensemble de ces caractères favorisent selon notre analyse la survenue d'une épisiotomie au CHU de Nice, nous avons souhaité les souligner :

- La Primiparité
- L'état néonatal « non rassurant » (ARCF à l'expulsion)
- Le terme d'accouchement supérieur à 38 SA
- L'ethnie française et d'Afrique du Nord
- L'antécédent d'atteinte périnéale chez la multipare
- La suspicion d'un poids augmenté du fœtus (Biométries hors courbes)
- L'APD

Parmi les facteurs de risque de la littérature qui ne ressortent pas parmi les caractéristiques de notre population, il y a : la durée du travail et des différentes phases, le déclenchement, l'administration de l'Oxytocine pendant le travail, la HU à terme, la prise poids maternelle, la couleur du LA, la présentation en OS, la présentation du siège, le poids fœtal, l'IMC, le diabète gestationnel.

4.2.3 Déterminants de la pratique des professionnels selon les réponses du questionnaire

Parmi les professionnels qui exercent à l'Archet, 40 étaient éligibles au questionnaire et 33 d'entre eux ont répondu. Le questionnaire s'est intéressé au profil des professionnels et à la pratique de l'épisiotomie constatée ou pratiquée au cours de leurs études et de leur vie professionnelle. Une partie du questionnaire s'articule autour de la connaissance des RCP du CNGOF en matière d'épisiotomie.

4.2.3.1 Caractéristiques principales des professionnels

La population de sages-femmes au CHU de Nice est jeune, l'âge moyen est de $31,5 \pm 7,4$ ans. Dans la région, d'après des chiffres de 2015, l'âge des sages-femmes étaient de 39,2 ans en milieu hospitalier. (60) Ils ont une expérience professionnelle moyenne de 9 ± 3 ans. Une

grande partie des sages-femmes travaillant à l'Archet est issue de l'Ecole de Sages-femmes de Nice (78,8%).

20 professionnels sur les 26 en provenance de l'ESF de Nice ont été formés et n'ont connu que les protocoles et « façons de travailler » du CHU. Bien que les pratiques soient régies par des recommandations et guidelines nationales voir internationales, la dynamique de service impacte et influence forcément la formation et donc la future pratique d'un professionnel.

4.2.3.2 Le cursus d'étude

Pendant les études, un professionnel sur deux estime « rare » ou « peu fréquente » la pratique de l'épisiotomie. Il y avait, d'après eux, deux indications qui engendraient de façon systématique une épisiotomie : l'extraction instrumentale et le siège. Elles ont été cochées de façon individuelle mais sont également ressorties comme la combinaison la plus citée. Ces indications se réfèrent davantage à la pratique du gynécologue-obstétricien.

Au cours des études, 1 sage-femme sur 3 se souvient avoir eu un objectif d'acte à réaliser pour l'épisiotomie. 29,4% d'entre eux ont pu y répondre. Cet objectif avoisinait 5 à 10 épisiotomies selon les réponses. **69,7% de la population totale indique avoir réalisé moins de 5 épisiotomies, voire aucune.** Ces deux allégations contribuent à illustrer une pratique faiblement représentée lors des études qui limite ainsi l'enseignement de l'étudiant de part un nombre restreint « d'occasions » et révèlent du même coup, une pratique qui s'amenuisait déjà il y a 9 ans (d'après la date de diplôme moyenne de la population).

Pourtant, 81,8% de la population considèrent avoir reçu un enseignement suffisant de l'épisiotomie et s'estiment à l'aise avec ce geste. 6 professionnels indiquent ne pas être confortables avec la longueur d'incision et la direction. Une étude menée par Béchard et al. s'interroge quant à la technique de l'épisiotomie. Selon ces auteurs, une épisiotomie « mal faite » est encore plus délétère que de ne pas en réaliser. C'est un geste chirurgical qui nécessite justesse et technique (angle et longueur d'incision) (59). Elle est donc tributaire d'un enseignement de qualité.

4.2.3.3 Pratique de l'épisiotomie au cours de la vie professionnelle

11 des sages-femmes interrogés ont travaillé au sein d'une structure différente du CHU. Seulement 2 d'entre eux ont estimé que leur pratique était différente et augmentée par rapport

à l'Archet. La question suivante s'intéressait à l'opinion du professionnel quant à l'influence du type de maternité sur la pratique de l'épisiotomie.

81,8% ne pensent pas que le type (I, II, III) de maternité influence la pratique.

L'argument principal évoqué rapporte que les recommandations et la formation initiale sont les seuls déterminants de la pratique d'un professionnel. Cependant d'autres ne partagent pas cet avis : le type III incombe davantage de pathologies et donc d'instrumentations de la naissance. La vulnérabilité des nouveau-nés y est accrue et peut favoriser la pratique de l'épisiotomie. Plusieurs études françaises et internationales ont constaté une variabilité de la pratique de l'épisiotomie inhérente au type de maternité et à son statut privé ou public. (60) (25)

Enfin, une maternité de type III nécessite une collaboration étroite et plus fréquente avec les médecins : certains professionnels ont formulé la remarque qu'ils ressentaient plus de pression.

69,7% des professionnels n'ont pas d'opinion arrêté quant à l'épisiotomie : il n'y a ni « pour » ni « contre ». Cependant la moitié des professionnels a vu son avis sur le sujet évoluer avec son expérience. Les différentes propositions expriment toutes une tendance à la diminution. Nous avons relevé : « une meilleure maîtrise et une prise de confiance en soi » mais également « une assurance » avec le temps qui a permis aux sages-femmes de ne pas avoir peur d'assumer une déchirure sévère.

L'expérience ressort comme une composante « clé » de la pratique de l'épisiotomie.

Plusieurs études de la littérature s'accordent sur ce point : un professionnel peu expérimenté représente un facteur de risque d'épisiotomie chez la nullipare selon Zhang et al. (44)

Celles et ceux qui n'ont pas constaté d'évolution ont ajouté que leur taux déjà très bas ne nécessitait pas de remise en question : « *pas d'évolution nécessaire tant que chaque épisiotomie est faite lorsqu'elle est jugée nécessaire* ». Cette remarque fait écho aux RCP qui mentionnent que l'épisiotomie ne doit pas être systématique mais dont l'indication est laissée à l'expertise de l'accoucheur. (7) Enfin une dernière suggestion relate que « *très peu d'épisiotomies vues pendant les études laisse penser que c'est un geste rarement nécessaire* ». Selon ce postulat et la démonstration faite plus tôt, il n'est pas étonnant qu'une faible pratique enseignée aux étudiants forge des professionnels peu enclins à en réaliser à leur tour.

81,8% des sages-femmes rapportent réaliser moins de 10% ou 10% d'épisiotomie par an. D'après cette étude et les statistiques établies, de façon globale, les sages-femmes jugent avec justesse leur pratique : c'est un geste relativement peu fréquent.

Une question s'intéressait aux motivations des professionnels à réaliser une épisiotomie. 5 indications sont particulièrement désignées, nous détaillerons ci-après chacune d'entre elles :

- L'état néonatal (87,9%)
- La suspicion de macrosomie (27,3%)
- L'anticipation d'une déchirure sévère (24,2%)
- La crainte d'être jugé négativement de la part de l'équipe en cas de déchirure sévère (24,2%)
- Prévenir une extraction instrumentale (21,2%)

L'état néonatal « non rassurant » a remporté la grande majorité des suffrages. Lors de l'analyse des dossiers de patientes, lorsque le tracé présentait des ARCF, cela a semblé concourir à la décision de l'accoucheur de réaliser une épisiotomie dans 61,9% des cas si l'on considère tous les rythmes pathologiques. En effet, l'étude a mis en évidence un raccourcissement significatif de la durée des efforts expulsifs. **C'est une des données parmi les plus pertinentes de l'étude de dossiers qui rejoint l'expérience des professionnels.** Un lien entre les données brutes observées dans les dossiers et l'opinion des sages-femmes est constaté.

La suspicion de macrosomie (27,3% des réponses des professionnels) a été recherchée au sein des dossiers obstétricaux. Seulement 11,7% des nouveau-nés étaient macrosomes à la naissance. Cependant la « suspicion » s'établit sur des données paracliniques telles que les mesures biométriques échographiques ainsi que sur des éléments cliniques telles qu'une hauteur utérine importante ou une présentation « large » au toucher vaginal. Au CHU de Nice, il est d'usage de demander une EPF à l'admission de la patiente en travail en cas de suspicion de macrosomie (dépistage aux échographies précédentes ou dans les cas de HU supérieure à 34 cm). Une faible proportion de la population (10,6%) de patientes a pu prétendre à la réalisation de cette échographie. L'EPF à terme peut présenter une marge d'erreur importante en raison des conditions échographiques qui ne sont pas optimales à ce terme. Ce critère, associé à la clinique perçue au moment de l'accouchement, induit une « appréhension » à

l'expulsion et peut faciliter la pratique d'une épisiotomie. Dans tous les cas, il est important de garder à l'esprit la faible sensibilité du diagnostic clinique et échographique en matière d'EPF. (3)

Nos résultats ont mis en évidence que les fœtus de l'étude présentaient pour 38,5% d'entre eux un ou des éléments permettant de suspecter un poids supérieur à la normale.

La macrosomie est à fort risque de LOSA et rend licite le recours à l'épisiotomie. L'expérience peut également interférer dans l'interprétation d'une situation obstétricale. Même sans évoquer de macrosomie vraie, Zhang et al. ont constaté un lien de causalité entre l'augmentation du recours à l'épisiotomie avec le poids néonatal (par tranche de 100 grammes), tout comme pour Lesieur et al. (44) (25).

L'anticipation d'une déchirure sévère est représentée dans 24,2% des cas. **Cette information est impossible à qualifier via un recueil de données rétrospectif sur dossiers.** Bien que les RCP et la littérature s'accordent sur le fait que l'épisiotomie ne protège pas la nullipare des déchirures sévères, ce critère de jugement reste persistant. Une étude a clairement ciblé le critère « lorsque le périnée semble sur le point de se rompre » et a décrit un bénéfice de la non réalisation d'une épisiotomie avec une augmentation des périnées intactes et ne montre pas de conséquences négative ou de morbidité materno-fœtal plus importante. (61)

« La crainte d'être jugé négativement de la part de l'équipe en cas de déchirure sévère » a été cochée par 24,2% des professionnels. Ceci dit, c'est une notion qui a été récurrente dans les réponses des professionnels. La littérature n'est pas étrangère à cette idée : une étude de type focus-group réalisée à Singapour en 2013 s'est entretenue avec des sages-femmes d'une maternité de type III à propos de leurs raisons pour pratiquer une épisiotomie. Des facteurs materno-fœtaux ont été relayés. Mais, notre intérêt pour cette étude s'est porté sur les critères non obstétricaux qui sont ressortis : la requête du patient, la réputation et la satisfaction de faire du « bon travail » sont revenus comme arguments pour **éviter** une épisiotomie. A l'inverse, a été évoqué : « *the fear of doing harm* » (traduction : la peur de causer du tort) et les attentes perçues de l'obstétricien qui jouent en faveur de la réalisation. (62) Cependant, avec le temps et l'exercice, les sages-femmes de la population indiquent ne plus avoir peur « d'assumer une déchirure sévère ».

« Prévenir une extraction instrumentale » a fait l'objet de 21,2% des réponses, auxquelles peuvent s'ajouter 6,1% des réponses obtenues par « limiter la durée des efforts expulsifs ». Ces deux réponses résument la même idée. En CHU, on peut supposer que l'extraction instrumentale est réalisée plus largement que dans un centre hospitalier plus petit, de type II ou I. Pour donner un ordre d'idée de grandeur : en France d'après l'ENP, 12,1% des accouchements sont des voies basses instrumentales. (8) Malheureusement, nous n'avons pas le détail de l'activité de l'Archet quant à la répartition des modalités de naissances entre : AVB, AVB avec extraction instrumentale ou césarienne. Il est difficile d'estimer le champ de répercussion de cette indication dans la pratique de l'épisiotomie des sages-femmes. De plus, les recommandations françaises préconisent une extraction instrumentale dès 30 minutes d'EE insuffisants. (54) Il est légitime de s'interroger quant à la balance bénéfice risque d'une épisiotomie face à une extraction instrumentale (elle-même pourvoyeuse d'épisiotomie).

Par ailleurs, de façon moins représentée le « périnée cicatriciel » a été évoqué dans 9,1% des cas. **Cet antécédent concernait 1 multipare sur 2 de l'étude**, soit 16,6% de la population totale. Cette information semble contredire l'analyse des données de patientes.

Enfin, l'association d'idées la plus récurrente pour cette question est la notion d'urgence néonatale (critère principale de réalisation d'une épisiotomie selon les professionnels) et la crainte d'un jugement négatif de la part de l'équipe qui renforce l'existence de ce phénomène.

4.2.3.4 Auto-évaluation du professionnel quant à sa propre pratique

A posteriori, 51,5% des sages-femmes estiment avoir pratiqué des épisiotomies uniquement quand cela s'avérait nécessaire. **39,4% de la population confessent que certaines épisiotomies auraient pu être évitées.** Cette réponse suggère indirectement un gain d'expérience qui a probablement revu à la baisse leur pratique de l'épisiotomie. Et cela peut sous-entendre que le professionnel a su réaliser une introspection de sa propre pratique et l'influence positive de cette dernière.

90,9% des professionnels souhaitent connaître leur taux d'épisiotomie.

Parmi eux, 12 pensent que la connaissance de ce taux est bénéfique et peut permettre à l'agent de « réévaluer sa pratique par rapport au taux de son service ». Des sages-femmes

mentionnent un intérêt collectif à revenir sur les indications des épisiotomies. Cette proposition peut s'inscrire dans une démarche qualité (STAFF, Audit clinique). La littérature, même ancienne, montrait déjà un bénéfice certain d'un *feedback*¹² de son propre taux sur sa pratique (63) (64). Ceci dit, les taux ayant bien chuté depuis, le « gain » ne serait pas aussi conséquent et remarquable.

Les sages-femmes demandent-ils le consentement de la patiente pour une épisiotomie ? La réponse est controversée. **57,6% admettent ne pas demander le consentement des patientes pour cet acte.** Plusieurs arguments sont en cause, la notion de consentement libre et éclairé a été citée plusieurs fois. Pour étayer ce propos, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) définit : « *Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé* ». (65) Suivant ce principe, il paraît difficile de concilier l'exigence de cette définition avec une situation clinique qui se révèle parfois urgente. De plus, l'expulsion du nouveau-né s'avère être un moment intense où il est légitime de douter du discernement et de la compréhension de la patiente.

Parmi les professionnels qui demandent le consentement (42,4%) : selon 28,6% d'entre eux, il s'agit davantage d'une « information rapide » plutôt que d'une vraie demande. 14,3% des professionnels l'évoquent lors d'une conversation pendant le travail, si le moment s'y prête ou si la femme est demandeuse. Pour 7 sages-femmes interrogés, la demande de consentement est possible sous certaines conditions dont « une discussion préalable pendant le travail » et « l'adaptation de l'information au niveau de compréhension de la patiente ». Les publications scientifiques ne s'attardent pas sur la notion de consentement appliquée aux sages-femmes en matière d'épisiotomie, cependant nous avons retrouvé une étude réalisée par une étudiante sage-femme datée de 2018 qui a montré que différents facteurs influencent les sages-femmes dans la démarche de demande de consentement : la génération du professionnel ou encore le niveau de position de la patiente à ce sujet. Un autre élément est intéressant : les sages-femmes de cette étude ont admis ne pas utiliser une véritable formulation de question de peur d'obtenir une réponse négative. (66) Quoi qu'il en soit, **66,7% de professionnels pensent que c'est possible.**

¹² *feedback* : retour d'information

Les différents axes abordés avec les professionnels au travers du questionnaire ont permis de mettre en évidence quelques paramètres et déterminants de la pratique de l'épisiotomie.

Parmi les paramètres de type « obstétricaux », ont été relevés :

- L'état néonatal non rassurant
- La suspicion de macrosomie
- L'anticipation d'une déchirure sévère

D'autres éléments moins « médicaux » concourent également à la pratique :

- La crainte du jugement par le reste de l'équipe
- Prévenir une extraction instrumentale
- La pression inhérente au type de maternité et à la proximité du médecin

4.2.3.5 Etat des lieux des connaissances des RCP du CNGOF

Plus d'un professionnel sur 2 (54,5%) déclarent ne pas connaître les RCP en matière d'épisiotomie parues en 2005.

La question suivante dans la chronologie du questionnaire ne s'adressait qu'aux sages-femmes ayant répondu connaître les RCP. La question portait sur l'existence d'une indication de réalisation d'une épisiotomie. Pour rappel, les recommandations ne mentionnent pas d'indication où une épisiotomie est systématiquement nécessaire. Cependant, elles évoquent des situations obstétricales où l'épisiotomie est à l'appréciation de l'opérateur. Bien qu'il n'y ait pas de réponse fausse, la réponse attendue était « aucune situation recommandée ». 27,3% des professionnels de la population totale ont répondu correctement. Dans 21,2% des cas « l'état néonatal non rassurant » était la deuxième et seule autre proposition cochée. Bien que la systématisation ne soit pas recommandée, un recours en situation d'anomalie de rythme cardiaque foetal s'entend : lors de l'expulsion, les pertes de signal sont fréquentes et l'inquiétude de l'accoucheur pour le nouveau-né est manifeste. (69)

Malgré ce résultat, les taux d'épisiotomie établis à l'échelle du service pour les sages-femmes montrent une application courante et concrète des recommandations dans la prise en charge. Ce résultat peut s'expliquer notamment par l'âge moyen des sages-femmes du CHU et donc

par l'expérience professionnelle : la plupart ont commencé leur vie professionnelle après la parution des recommandations, cela signifie qu'ils ont été formés au centre d'une dynamique de remise en question nationale de la pratique de l'épisiotomie. **Cela montre la force de l'influence de la formation initiale.** Une étude récente en Jordanie (Mars 2019) a tenté de mettre en évidence les freins d'une réduction du taux d'épisiotomie au sein de 3 maternités publics. Les résultats soulignent un faible niveau de connaissance des risques d'une pratique de « routine » de l'épisiotomie lié un accès limité aux niveaux de preuves qui ne trouvent pas de place dans leur enseignement, dans leur pratique ou encore dans les politiques de l'hôpital. (67) Cette étude montre que l'existence de recommandations ne garantit pas une application universelle, les conditions de pratique « locales » influencent les pratiques du professionnel.

Une question s'adressait particulièrement aux sages-femmes ayant eu leur diplôme avant la parution des RCP. Nous avons cherché à quantifier l'impact que ces RCP avaient généré sur leur pratique. Malheureusement le très faible échantillon (n= 3) ne permet pas de tirer de conclusion pour cette donnée.

A combien est fixé l'objectif national d'épisiotomie ?

60,7% des professionnels pensent que l'objectif est compris entre 0 et 10%. Cette croyance fait écho au seuil d'épisiotomie établi par l'OMS en 1997. (23) Par ailleurs, 12,1% des professionnels ont répondu 30% comme le préconise le CNGOF. (7)

4.2.3.6 Amélioration des pratiques

27 professionnels suggèrent que l'amélioration des pratiques devrait prendre forme d'une note d'information destinée à rappeler les recommandations. Nous avons également proposé la mise en place d'un objectif de service sur décision collégial qui a obtenu 11 votes. L'audit clinique a été considéré en association avec d'autres propositions à 7 reprises. Enfin « avoir accès à son propre taux d'épisiotomie » pour se comparer au taux du service et au taux national a été choisi 18 fois. **D'après ses résultats, les professionnels se sont montrés enthousiastes quant à l'hypothèse de la mise en place dans le service d'une stratégie pour améliorer les pratiques en matière d'épisiotomie.**

Une dernière question demandait s'il semblait judicieux d'avoir à consigner dans le CR d'accouchement le motif de réalisation de l'épisiotomie. 25 professionnels (75,8%) ont

répondu favorablement : selon eux, cela pourrait générer une réduction des « épisiotomies inutiles » et pourrait d'autre part « responsabiliser » l'accoucheur. D'autres, ne souhaitent pas « devoir » motiver leur acte. Ils invoquent l'argument du CNGOF : c'est un acte opérateur-dépendant qui est l'appréciation et à l'expertise clinique du professionnel.

4.2.4 Profil des sages-femmes confronté à la pratique de l'épisiotomie

A l'étude des différents taux des sages-femmes, plusieurs tendances se sont révélées. Nous avons pu isoler un ensemble de professionnels ayant une pratique de l'épisiotomie de 0%, et une pratique supérieure à 10%. La confrontation de ces deux groupes a semblé pertinente : cette approche peut permettre d'établir un profil de professionnels plus enclin à prodiguer une épisiotomie qu'un autre. Malheureusement aucune donnée n'est ressortie significative, compte-tenu des très faibles effectifs de professionnels dans chaque groupe (n=7) n'apportant par conséquent aucune utilité à la confrontation des deux groupes. Les profils de professionnels ne diffèrent pas. Cette approche, intéressante, serait néanmoins à retravailler avec un effectif plus important de professionnels.

4.3 Propositions et axes d'améliorations

Au cours de l'étude, nous avons été en mesure de montrer une diminution de la pratique de l'épisiotomie et ce, à différents niveaux. Le service a vu son taux divisé par 2 entre 2016 et 2018 (de 16,9% à 8,1%). Cette évolution a été possible grâce aux efforts fournis par les professionnels de l'Archet. Bien que le taux des obstétriciens soit encore légèrement au-dessus des recommandations du CNGOF, l'évolution de la tendance sur 3 ans laisse sous-entendre que la pratique de l'épisiotomie continue de diminuer.

L'étude a montré que le CHU de Nice appliquait les RCP du CNGOF en matière d'épisiotomie. Les taux sont globalement satisfaisants. Cependant, il est toujours possible d'améliorer ses pratiques. **A ce jour, au sein du service, la voie basse instrumentale représente une part importante et non négligeable de la pratique des épisiotomies.** Elle reste une priorité de la politique de restriction de l'épisiotomie.

A l'échelle de l'individu, les variabilités montrent que les pratiques ne sont pas tout à fait uniformes. Lorsque les sages-femmes ont été interrogés, les résultats quant à l'état des

connaissances des recommandations laissent penser que les bons résultats en matière de taux ne sont pas uniquement imputables aux RCP. Ils sont surtout le fruit d'une dynamique de service et d'une formation initiale prônant une pratique restrictive.

Un rappel des recommandations peut s'avérer judicieux dans une optique d'harmonisation des pratiques entre les accoucheurs mais également entre les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens.

En première partie, nous avons présenté **le modèle « ultra-restrictif » en vigueur au CHU de Besançon en matière de pratique de l'épisiotomie**. Les taux extrêmement bas pratiqués au sein de cette maternité amènent une piste de réflexion quant à la reproductibilité de leur pratique au CHU de Nice. Un travail axé sur une comparaison des déterminants des pratiques de chacune des deux maternités pourraient apporter des éléments de réponses.

En 2018, sont parues de nouvelles recommandations relatives à la protection périnéale. Ces RCP et plusieurs publications scientifiques suggèrent qu'une diminution de l'épisiotomie passe également par un changement dans la prise en charge de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Par exemple, d'après une étude réalisée en 2018 les codes de l'accouchement « occidental » favoriseraient la survenue de LOSA. En cause, sont évoquées : la position gynécologique, la poussée active dès 2 heures à dilatation complète sans que la femme n'ait ressenti l'envie de pousser et l'Oxytocine pendant le travail. (69) Les RCP préconisent d'encourager les femmes au massage périnéal pendant la grossesse lorsqu'elles le désirent. **Une promotion de ces RCP, une formation et une sensibilisation du professionnel à la protection du périnée semblent souhaitables**. C'est un axe d'amélioration à explorer. Il paraît nécessaire d'insister sur l'importance de la **formation des étudiants** (sages-femmes et futurs médecins) à une pratique restrictive de l'épisiotomie, à la protection du périnée et aux différentes techniques de suture. La mise en place de travaux pratiques est-elle envisageable ?

Au sein du questionnaire distribué aux sages-femmes, il a été proposé d'**ajouter dans la trame du CR de l'accouchement, la mention de l'épisiotomie et d'en « justifier » la réalisation**. Cette proposition s'insère dans une démarche de *feedback* qui pourrait s'avérer

utile à l'équipe. En effet, le recensement des différents motifs de réalisation peut éclairer des voies d'amélioration. Suivant la même logique, la collecte et **l'accès du professionnel à son propre taux** est un outil de progression facile à envisager et est à exploiter.

Bien que notre étude ne se soit pas axée sur cette notion, l'épisiotomie est un geste très mal compris des patientes et souffre d'une réputation accablante. (5) Il semble important de remettre au centre des préoccupations une **information simple et claire de ce qu'est une épisiotomie et dans quelles mesures elle peut être réalisée**. C'est une information qui peut être délivrée par le professionnel, à n'importe quel moment de la grossesse (notamment en cours de préparation à la naissance) ou du travail si le moment s'y prête. Dans le même ordre d'idées, lorsqu'une épisiotomie a été prodiguée, il semble important d'engager un *débriefing* avec la patiente afin d'expliquer la raison du geste et de répondre aux questions comme le recommande l'académie de médecine. (72) Une meilleure compréhension de la patiente peut contribuer à désamorcer l'impact et le vécu difficile de ce geste décrit dans la littérature. Le CHU de Nice s'attache de plus en plus à promouvoir l'échange et la relation de confiance avec le patient. Pour ce faire, de multiples initiatives sont menés : notamment ouverture des consultations VFF, réunions « Maternage ». Ces actions vont dans le sens d'une revalorisation du climat vers la « bienveillance ».

A l'issue de l'analyse des réponses du questionnaire aux professionnels, la notion de consentement est moyennement appliquée. En réponse au respect des droits du patient, il semble important de proposer la **systématisation du recueil de consentement verbal pour une épisiotomie**. Ce recueil de consentement fait suite à une information préalablement délivrée.

D'autre part, les propos recueillis des sages-femmes ont illustré la force d'influence du vécu et des expériences du professionnel sur l'évolution de sa propre pratique. C'est un outil puissant qui doit être introduit dans les stratégies d'amélioration des pratiques, en passant par exemple par la promotion de l'échange entre les professionnels.

A l'issue de ce mémoire, vont être remis aux agents qui le souhaitent leur taux d'épisiotomie. Il semble pertinent de proposer une **réévaluation de ce travail à distance pour en évaluer les éventuelles répercussions**.

L'épisiotomie et sa pratique est un vaste sujet. La méthodologie adoptée pour cette étude présente des limites d'interprétation. **Une approche différente du sujet pourrait apporter en complément d'autres éléments intéressants** (Etudes avec méthodologies différentes de celle présentée).

Enfin, ce mémoire s'est axé sur la pratique des sages-femmes. Il semble indispensable de proposer la **reconduction de ce travail à la pratique des gynécologues-obstétriciens**.

CONCLUSION

L'épisiotomie est un acte chirurgical multifactoriel. C'est une pratique fortement remise en cause à l'heure actuelle, parfois vécue comme une mutilation, dont le questionnement a été initié par la littérature, les professionnels puis les usagères.

Au CHU de Nice, le taux d'épisiotomie est en décroissance manifeste depuis 2016. Le service présentait en 2018 un taux de 8,1% contre 16,9% en 2016. Les sages-femmes ont une pratique bien en-dessous de ce que le CNGOF préconise. Les obstétriciens ont quant à eux amorcé une diminution de leur pratique depuis 2016 et se rapprochent progressivement des recommandations.

Le contenu des RCP relatives à la pratique de l'épisiotomie reste prudent quant à la définition de ce qu'une « politique restrictive » implique et signifie en pratique. La notion d'« *opérateur-dépendant* » a été introduite, laissant l'accoucheur seul juge du bien-fondé de son recours. De ce fait, les taux d'épisiotomie d'un individu à l'autre montrent une variabilité et une nécessité d'harmonisation.

Parmi les facteurs de risque reconnus de la littérature pour favoriser la pratique d'une épisiotomie, notre étude a mis en évidence l'influence positive des critères suivants sur la population : la primiparité, l'ethnie, le terme, l'antécédent périnéale chez la multipare, la suspicion échographique de poids augmenté chez le fœtus, l'APD, et enfin l'état néonatal à l'expulsion (ARCF). A l'inverse, l'analyse n'a pas permis de conclure pour : la macrosomie, le déclenchement du travail, l'IMC maternelle, la présentation en OS, le siège ou encore l'Oxytocine administrée pendant le travail.

La sollicitation des professionnels a fait ressortir une forte influence de la formation initiale sur la pratique de l'épisiotomie en tant que professionnel. La plupart des sages-femmes estiment avoir bénéficié d'un enseignement de qualité dont résulte une pratique juste. Les témoignages recueillis ont montré une pratique en constante évolution, rythmée par l'expérience et la réévaluation spontanée.

Parmi les circonstances qui poussent les sages-femmes à réaliser une épisiotomie : le bien-être fœtal semble au cœur des préoccupations ; suivi de la suspicion de macrosomie, de l'anticipation d'une déchirure sévère et d'une influence de l'environnement de travail sur le recours à l'épisiotomie. La concordance entre les circonstances favorisantes décelées dans la population de patientes et les propos des professionnels n'est que partiellement vérifiée.

Bien que les taux soient satisfaisants, l'étude a mis en évidence un manque de connaissance des RCP en matière d'épisiotomie et un trop faible recueil du consentement de la patiente pour cet acte. L'ensemble des données du versant patiente et du versant professionnel ont permis l'élaboration de propositions ciblées, adaptées et acceptables en terme de faisabilité pour améliorer les pratiques, parmi lesquels : la mise à disposition du professionnel de son propre taux, la communication annuelle ou semestrielle d'un taux de service, la mise en place d'un objectif de service, ainsi que l'ajout de la mention « épisiotomie » et de son indication dans le compte-rendu opératoire de l'accouchement.

Les constats formulés lors de cette étude ont montré l'importance de la bonne entente entre les obstétriciens et les sages-femmes pour répondre au besoin d'harmonisation des pratiques en matière d'épisiotomie et de protection périnéale. D'autre part le vécu et les expériences des professionnels sont des outils puissants qui doivent être introduits dans les stratégies d'amélioration.

A l'Archet, de plus en plus de mesures sont mises en place pour recentrer la prise en charge autour du patient et de ses attentes. La démarche initiée tend à promouvoir le dialogue et l'échange entre les professionnels et les patients (Consultations des Violences Faites aux Femmes, instauration d'un temps de parole et d'écoute avec la patiente en suites de couches, réunions pluridisciplinaire). Notre étude s'inscrit dans cette dynamique : elle vise à réduire l'hétérogénéité des pratiques de l'épisiotomie pour améliorer la prise en charge de la naissance afin d'offrir aux patientes une expérience positive de leur accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire LAROUSSE. <https://www.larousse.fr/>. [En ligne] Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/épisiotomie/30507>.
2. Garnier-Delamarre J. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 22ème édition. Paris, 2001.
3. Collège National des Sage-Femme et Association Française Sage-Femme Enseignante. TRAITÉ OBSTÉTRIQUE. s.l. : Elsevier Masson, 2010.
4. Clesse C, et al. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? [éd.] Elsevier Masson. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2016.
5. Association Française pour l'Accouchement Respecté. Site d'information sur l'épisiotomie. *Témoignages*. [En ligne] Disponible sur : Epsio.info
6. Collectif inter associatif autour de la naissance. CIANE. [En ligne] Disponible sur : <http://ciane.net/blog/>.
7. Collège National des Gynécologues-obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique: L'Épisiotomie. [En ligne] Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>. 2005.
8. INSERM, DREES. « *Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010* ». 2017. [En ligne] Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf.
9. Collège National des Gynécologues-obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique clinique : "Prévention et protection périnéale en obstétrique". 2018.
10. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R. Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Février 2006, Vol. 35, S1, pp. 32-9.
11. Langer A, Minetti B. L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. février 2006, Vol. 35, N°S1, pp. P. 59-67.
12. CLESSE C, LIGHEZZOLO-ALNOT J, DE LAVERGNE S, HAMLIN S, SCHEFFLER M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *WOMEN & HEALTH*. NOVEMBRE 2018.
13. Parant O, Reme JM, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. E., MASSON. 1999.
14. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. 6, Jun 1983, *Obstet Gynecol Surv*, Vol. 38, pp. 322-38.
15. Klein MC et al. Does Episiotomy Prevent Perineal Trauma and Pelvic Floor Relaxation? First North American Trial of Episiotomy. [En ligne] July 1992.
16. Hordnes K, Bergsjø P. Severe lacerations after childbirth. *Acta Obstet Gynaecol Scand*, Vol. 72, pp. 413-422. 1993.

17. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980 Part 1&2. *Obstet Gynecol Survey*, Vol. 50, pp. 806–35. 1995.
18. Scott JR. Episiotomy and Vaginal Trauma. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Vol. 32, pp. 307-21. June 2005.
19. Société Française de Médecine Périnatale. Episiotomie : contre une utilisation de routine.. [éd.] Edition Arnette. Paris : s.n., pp. 215-31. 1997.
20. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [*Cochrane Database Syst Rev*] 2000. [CD000081].
21. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 5 MARS 2002. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte>.
22. Alliance francophone pour l'accouchement respecté. *Site d'information sur l'épisiotomie (AFAR). episio.info*. [En ligne] <https://episio.info>.
23. OMS. Soins liés à un accouchement normal : guide pratique. 1996. Rapport WHO/FRH/MSM/. 96.24.
24. Chuilon A-L, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. L'épisiotomie en France en 2010: variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *Journal gynécologique et biologique de la reproduction*. Paris : s.n., 2016. Vol. 45, 7, pp. 691-700.
25. Bretelle F, Lesieur E, Blanc J, Loundoub A, Dubucc M. Peut-on encore diminuer le taux d'épisiotomie ? État des lieux en région PACA. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. MARS 2017, Vol. 45, pp. 146-151.
26. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. JUIN 2014, Vol. 43, 6, pp. 463-469.
27. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, Martin A, Cossa S, Maillet R, Riethmuller D. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Février 2010, Vol. 39, 1, pp. 37-42.
28. CHU de Nice. [En ligne] Disponible sur : <https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/femme-mer-enfant/maternite-obstetrique>.
29. Melchior J, Cavagna JL, Bernard N. Le rythme cardiaque fœtal pendant l'expulsion de l'accouchement normal. Paris : s.n., 1997. Médecine périnatale : 6ème journées nationales. pp. 255-32.
30. HAS (Haute autorité de santé). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [En ligne] Disponible sur : www.has-sante.fr. décembre 2017.
31. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Décembre 2016.

32. Boujenah J, Tigaizin A, Fermaut M, Murtada R, Benbara A, Benchimol M, Pharisien I, Carbillon L. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. avril 2019.
33. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, Banaszekiewicz M, Maleńczyk M. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care Women*. Juin 2018.
34. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2018. [En ligne] Janvier 19. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>.
35. De Tayrac R, Schantz C. Lésions pelvi-périnéales obstétricales : anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Vol. 46, pp. 900-912. Décembre 2018.
36. Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 188, 4, pp. 1063-7. Avril 2003.
37. Avraham S, Zakar L, Maslovitz S, Zoabi J, Lavie A, Yogev Y, Many A. Comparison of pregnancy outcome between immigrant women in couples with same ethnicity to mixed ethnicity couples. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Février 2019.
38. Strand-Holm KM, Fuglsang J, Ovesen PG, Maimburg RD. Diabetes Mellitus and lower genital tract tears after vaginal birth: A cohort study. *Midwifery Journal*. février 2019.
39. Zilberman A, Sheiner E, Barrett O, Hamou B, Silberstein T. Once episiotomy, always episiotomy? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. July 2018, Vol. 298, pp. 121-124.
40. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systemic Review*. 2017.
41. Davis G, Jellins J. Female genital mutilation: Obstetric outcomes in metropolitan Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 59.
42. O'Leary Bobby, Nolan Ciara, Ciprike Vineta. Single prior caesarean section and risk of anal sphincter injury . *International Urogynecology Journal*. OCTOBRE 18, pp. 1-6.
43. Jardine JE, Knight HE, Carroll FE, Gurol-Urganci I. Risk of obstetric anal sphincter injury in women having a vaginal birth after a previous caesarean section: A population-based cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. MAI 2019.
44. Zhang M, Wang M, Zhao X, Ren J, Xiang J, Luo B, Yao J. Risk factors for episiotomy during vaginal childbirth: A retrospective cohort study in Western China. *Journal of Evidence-Based Medicine*. Aout 2018, Vol. 11.
45. Vitner D, Bleicher I, Kadour-Peero E, Lipworth H, Sagi S, Gonen R. Does prenatal identification of fetal macrosomia change management and outcome? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Mars 2019, pp. 635-644.
46. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 39. Sept 2018.

47. Toubin C, Mottet N, Chehab M. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie appliquée à une situation à haut risque périnéal : le dégagement en OS. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Novembre 2015.
48. Riethmuller D, Teffaud O, Eyraud J. Pronostic maternel et foetal du dégagement en OS. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Mars 1999, Vol. 28, 1, p. 41.
49. Schaal J-P, Riethmuller D. La présentation du siège. *MAPAR*. 2003.
50. Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera. Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery Journal*. MARS 2019.
51. Morin C. Traité d'Obstétrique. [éd.] Loïc Marpeau. s.l. : ELSEVIER, 2010. pp. 406-409.
52. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, Aviram A. Episiotomy - risk factors and outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Mars 2016, pp. 252-256.
53. Lee N, Gao Y, Lotz L, Kildea S. Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women Birth*. Octobre 2018.
54. Naime-Alix A-F., Fouquet F, Sigure D, Potin J, Descriaud C. Combien de temps peut on attendre à dilatation complète ? Analyse chez la Primipare de la morbidité maternelle et foetale selon la durée de la seconde phase du travail. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. MAI 2008, Vol. 37, 3.
55. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Juin 2008, Vol. 37, pp. 325-28.
56. Salustiano E, Campos J, Ibidi SM, Ruano R. Low Apgr scores at 5 minutes in a low risk population : maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. *Rev Assoc Med Bras*. Oct 2012, pp. 587-93.
57. Herbst et al. Risk factors for acidemia at birth. *Obstetric Gynecologic*. 1997, pp. 125-30.
58. Victory et al. Umbilical cord pH and base excess values in relation to adverse outcome events for infants delivering at term. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, Vol. 191, pp. 2021-2028.
59. Bécharde F, Geronimi J, Vieille P, Letouzey V, De Tayrac R. Are we performing episiotomies correctly? A study to evaluate French technique in a high-risk maternity unit. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. Vol. 47, pp. 331-338. Septembre 2018
60. Robinson J, Norwitz E, Cohen A, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. Vol. 96, pp. 214-218. Aout 2000.
61. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Mars 2004.
62. Wu L, Lie D, Malhotra R. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*. Aout 2013, pp. 943-949.
63. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *BMJ*. pp. 1255-8. Novembre 1994

64. Reinbold D, Éboue C, Morello R. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Vol. 41, pp. 62-68. Février 2012.
65. Académie de médecine. Consentement du patient. [En ligne] Décembre 2016. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>.
66. Berthoneau D. Épisiotomie : annonce et consentement. [Mémoire]. 2018.
67. Khresheh R, Barclay L. Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives in Jordan. *Women and Birth*. Mars 2019.
68. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. Accouchement du siège par voie vaginale. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Juin 2009, Vol. 31, 6, pp. 567-78.
69. Tunestveit JW, Baghestan E, Natvig GK, Eide GE, Nilsen ABV. Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *MIDWIFERY*. July 2018, pp. 264-272.
70. D.Riethmuller, M.Chehab M.Courjon A.Eckman-Lacroix R.Ramanah R.Maillet. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *La revue Sage-femme*. décembre 2014, Vol. 13, pp. 278-284. étude de cohorte rétrospective dans une maternité de niveau III comparant les déchirures périnéales survenant dans notre centre sur les années 2003 versus 2010.
71. D., Vendittelli F. Gallot. Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. février 2006, Vol. 35, N°S1 , pp. 12-23.
72. D'Ercole, C. L'épisiotomie protège t-elle le périnée ? Société Française de Médecine Périnatale. [En ligne] 2000. <http://www.sfmp.net/index.php#1>.
73. Ould, Sir Fielding. A treatise on Mildwifery. In three parts. dublin : Nelson and Connor, 1742.
74. [En ligne] vocationsante.fr.
75. Yamasato K, Kimata C, Burlingame JM. Associations Between Maternal Obesity and Race, with Obstetric Anal Sphincter Injury: A Retrospective Cohort Study. *Hawaii Journal Medecine Public Health*. Janvier 2019.
76. Gonzalez-Díaz E, Fernández Fernández C, Gonzalo Orden JM, Fernández Corona A. Which characteristics of the episiotomy and perineum are associated with a lower risk of obstetric anal sphincter injury in instrumental deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. fevrier 2019.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire à l'intention des sages-femmes

Questionnaire Mémoire Épisiotomie à l'attention des Sages-Femmes

Avez-vous travaillé en SDN entre juillet 2016 et juillet 2018? Oui Non

Si la réponse est non, le questionnaire s'arrête dès maintenant car nous nous intéressons à la pratique de l'épisiotomie sur la période de juillet 2016 à juillet 2018, merci pour votre attention. N'hésitez pas à me faire part de vos remarques si vous le souhaitez ci-dessous.

.....
.....
.....

Nom/Prénoms:..... Age:
..... ans

I. A propos de vos études

1. Lieu de formation/ Ecole de Sage-Femme:

- Nice
- Autre, précisez:

2. Date ou année d'obtention de votre diplôme:.....

3. En général, comment estimez-vous la pratique des épisiotomies que vous avez pu observer ou pratiquer lors vos études?

- Absence, aucune épisiotomie
- Très rare (moins de 5% des accouchements observés ou pratiqués)
- Peu fréquente (environ 10%, 1 épisiotomie sur 10 accouchements.)
- classique (environ 20%, 1 épisiotomie sur 5 accouchements)
- fréquente (entre 20 et 40%, soit plus de 1 épisiotomie sur 4 accouchements)
- très fréquente (supérieure à 50%, 1 épisiotomie sur 2 accouchements)
- je ne sais pas

4. Lors de vos études, y avait-il une indication d'épisiotomie systématique dans certains cas ?

- oui
 - non
- Si oui, merci de préciser : (plusieurs réponses possibles)
- primiparité
 - instruments
 - siège
 - grossesse gémellaire
 - périnée cicatriciel
 - variété postérieure ou positions asynclites
 - autre.....
 - Je ne sais pas

5. Pendant vos études, aviez-vous un objectif de nombre d'épisiotomie à pratiquer?

- Oui
- Non

je ne me rappelle plus
 → si oui, combien environ ?

6. Avez-vous pu répondre à cet objectif?

- Oui
- Non
- je ne me rappelle plus/je ne sais pas

7. A votre avis, combien d'épisiotomie avez-vous pratiqué lors de vos études?

- Aucune
- moins de 5 épisiotomies
- entre 6- 15 épisiotomies
- plus de 15 épisiotomies
- je ne sais pas/ je ne me rappelle plus

8. Estimez-vous avoir reçu un apprentissage suffisant sur la pratique de l'épisiotomie?

- Oui
- Non
- je ne sais pas

→ Si votre réponse précédente est **non**, quelles en sont selon vous les raisons? (plusieurs réponses possibles)

- Pas à l'aise avec le geste (direction, longueur d'incision)
- Pas capable de le réaliser seul
- Je ne savais pas quand la réaliser (moment opportun)
- Autre:

II. A propos de votre vie professionnel, en tant que sage-femme:

1. Avez-vous travaillé dans différents établissements en dehors du CHU?

- Oui
- Non

→ Si la réponse est oui : A l'aide du tableau ci-dessous, précisez où, combien de temps et comment était selon vous, votre pratique de l'épisiotomie par rapport à votre pratique actuelle au sein du CHU de Nice.

Lieux et type et niveau de maternité (Publique ou privée, niveau 1/2/3)	Durée d'exercice (environ)	Exercice en salle de naissance (réponse=OU I / NON)	Si oui, Pratique de l'épisiotomie par rapport au CHU de Nice ? (réponse= Idem / J'en faisais plus/ j'en faisais moins / je ne sais pas)
Ex: PARIS, publique niveau 3	2 ans	Oui	J'en faisais moins

2. Pensez-vous que le niveau de la maternité dans laquelle vous travaillez influence votre pratique de l'épisiotomie ? Oui Non

→ Pourquoi ?

.....

3. Estimez-vous actuellement avoir une opinion arrêtée sur la pratique de l'épisiotomie?

- Je n'hésite pas à en faire au moindre doute
- Je n'en fais jamais
- Je n'ai pas d'opinion arrêtée

4. Votre opinion a-t-elle évolué avec le temps et/ou la pratique ?

- Oui
- Non

→ Dans les deux cas, en quoi?

.....

5. A combien estimez-vous en moyenne PAR AN votre nombre d'épisiotomie?

- aucune épisiotomie
- moins de 10%
- peu d'épisiotomies (1 sur 10 accouchements, soit un taux à 10%)
- classique (1 sur 5 accouchements, soit un taux à 20%)
- beaucoup d'épisiotomies (plus de 1 sur 4 accouchements, soit un taux à plus de 25%)

6. Connaissez-vous les recommandations de 2005 du CNGOF par rapport à la pratique de l'épisiotomie ?

- Oui
- Non

→ Si oui: Selon le CNGOF, dans quels cas est-il recommandé de pratiquer une épisiotomie systématiquement? (plusieurs réponses possibles)

- doute sur le périnée
- état néonatal "non rassurant"
- extraction instrumentale
- primiparité
- aucune situation recommandée
- autres: précisez:

7. Selon vous, à combien est fixé l'objectif national en terme d'épisiotomie (en pourcentage) ?

.....

8. Si vous avez eu votre diplôme **après 2005** passez directement à la question suivante. Si vous avez eu votre diplôme **avant 2005**, Pensez-vous que les recommandations du CNGOF de 2005 sur la pratique de l'épisiotomie ont fait évoluer votre pratique?

- Oui
- Non, cela n'a rien changé

9. Quels sont les critères qui, selon vous, vous ont déjà poussé à pratiquer une épisiotomie? (plusieurs réponses possibles)

- Anticipation d'une déchirure périnéale sévère
- Notion d'urgence d'extraction néonatale (ARCF, préma..)
- Suspicion de macrosomie foetale (EPF, Biométrie foetale, HU augmentée..)
- Limiter la durée des efforts expulsifs
- Prévenir une extraction instrumentale
- Présentation foetale en siège Grossesse gémellaire

- Présentation dystocique (OS, face)
- Crainte d'une remarque négative en cas de déchirure sévère de la part de l'équipe
- Une expérience négative récente/marquante
- Périnée cicatriciel
- Autres; précisez
- Aucun, je n'en fait pas.

10. Comment jugez-vous votre pratique de l'épisiotomie à posteriori?

- J'estime en avoir fait uniquement lorsque cela était nécessaire
- J'estime que j'aurais dû en faire dans certains cas et que je ne l'ai pas fait
- J'estime que j'en ai fait dans certains cas alors que j'aurais pu l'éviter
- Je n'en fais jamais

11. Recueillez-vous le consentement de la patiente avant la pratique d'une épisiotomie?

- Oui
- Non

→ Si oui, à quel

moment?

12. Pensez-vous que c'est possible/ faisable? oui non

→ Pourquoi ?

.....

13. Aimerez-vous connaître votre taux d'épisiotomie entre juillet 2016 et juillet 2018 (en pourcentage par rapport à votre nombre d'accouchement)?

- Oui
- Non

14. Pensez-vous que la connaissance de ce taux puisse influencer vos pratiques?

- Oui
- Non → Dans les deux cas, en quoi ?

.....

15. Quelles solutions envisagez-vous pour nous permettre d'améliorer nos pratiques?

- l'informations des professionnels (rappel des recommandations)
- Mise en place d'un objectif de service (décision collégial) Audit(s)
- Avoir accès à son propre taux d'épisiotomie pour pouvoir se positionner par rapport au taux de l'hôpital et au taux fixé au niveau national
- Autres:

.....

16. Dans certaines maternités, il faut maintenant préciser le motif de réalisation d'une épisiotomie dans le compte-rendu, aimeriez-vous que cela soit mis en place?

- Oui
- Non

→ Pourquoi?

.....

 Je vous remercie pour votre participation à mon travail et je me tiendrais à votre disposition dès que mes résultats seront disponibles pour vous communiquer votre taux d'épisiotomie par rapport à vos accouchements en 2017 si vous le souhaitez (cette information restera confidentielle). Pour toutes demandes ou remarques; si vous souhaitez me contacter je vous laisse mon e-mail: psmazini@gmail.com

ANNEXE 2 : Trame du recueil de données obstétricales (étude de dossiers)

RECUEIL DE DONNES DES PATIENTES

I. Identification

Numéro

d'accouchement

Date de naissance

âge

Parité

Primi

II pare

≥ IIIpare

II. Mère/ Contexte

Origine

démographique

Caucasienne

Afrique du nord

Afrique noire

Asie

Autre

ATCD de pathologie maternelle pouvant avoir une incidence sur la pratique de l'épisiotomie:

Taille maternelle (cm)

Poids avant la grossesse (kg)

IMC maternel

pointure de chaussure

inconnue

Taille paternel

Poids paternel

ATCD familiaux de diabète au premier degré

oui

non

IV. Antécédents obstétricaux / déroulement grossesse

G

P

Utérus cicatriciel

oui

non

ATCD de macrosomie (sup à 4500g)

oui

non

Atcds périnée

épisiotomie

DMS

PC/PCNC/PCC

PI

ATCD d'épisiotomie pour le dernier accouchement ?

oui

non

V. Déroulement de la grossesse

Type grossesse

Simple

Double

Triple ou plus

Grossesse de déroulement normal

oui

non

→ si non,

Hospitalisation ?

Oui

Non

motif:

→ si non,

Suivi CPDP

Oui

Non

motif:

Diabète gestationnel

Oui

Non

→ si oui

DGNID

DGID

équilibré

déséquilibré

Nombres

<3

3

>3

motif:

d'échographies

recommandés

recommandées

recommandés

biométries foetales dans les courbes

oui

non

→ si non,

EPF >90ème p.

EPF <10ème p

pathologie foetale pouvant limiter les EE:

malformation(s)

RCIU

Prématurité

autres

pathologie maternelle limitant les EE

non

oui

→ si oui

précisez:

VI. ACCOUCHEMENT

date		heure			
terme accouchement (SA+j)					
Présentation à l'accouchement		<input type="checkbox"/> podalique	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> céphalique	
→ Si GG		<input type="checkbox"/> Tête/Tête	<input type="checkbox"/> Tête/Siège	<input type="checkbox"/> Siège/Tête	<input type="checkbox"/> Siège/Siège
HU (en cm)		Poids(en kg)		IMC	
Mode de déclenchement du travail		<input type="checkbox"/> spontanée	<input type="checkbox"/> déclenchement		
→ si, déclenché		début:			
Analgésie	<input type="checkbox"/> APD	<input type="checkbox"/> rachi	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> aucune	
surveillance lactates au scalp		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui		
→ si oui		Nombre de lactates		Valeurs ?	
Utilisation d'oxytocine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
→ si oui		débit max		heure début	
Couleur du L.A	<input type="checkbox"/> clair	<input type="checkbox"/> teinté	<input type="checkbox"/> méconial		
Variété de présentation	<input type="checkbox"/> OIGA	<input type="checkbox"/> OIDA	<input type="checkbox"/> OIGP	<input type="checkbox"/> OIDP	<input type="checkbox"/> Siège
Variété d'expulsion	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> OS			
Appel du gynéco	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	après EE		
Manoeuvres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
→ si oui		<input type="checkbox"/> jacquemier	<input type="checkbox"/> letellier	<input type="checkbox"/> Wood inversé	
		<input type="checkbox"/> lovset	<input type="checkbox"/> mauriceau	<input type="checkbox"/> Bracht	
Extraction instrumentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
→ si oui		<input type="checkbox"/> ventouse	<input type="checkbox"/> forceps	<input type="checkbox"/> spatules	<input type="checkbox"/> autre
→ Motif:		<input type="checkbox"/> NPP	<input type="checkbox"/> ARCF	<input type="checkbox"/> EE insuffisants	
ARCF 20 min avant accouchement		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→ si oui, type (melchior) ?	
Durée du travail					
Durée des EE					
poids néonatal					
Score Apgar	1 min :	5 min :	10 min :		
pH au cordon					
Lactates au cordon					
Etat périnée	<input type="checkbox"/> ép. seule	<input type="checkbox"/> éraillures	<input type="checkbox"/> DMS	<input type="checkbox"/> PCNC	<input type="checkbox"/> PCC

ANNEXE 3 : Taux d'épisiotomie sur les trois ans de l'étude par agents

Taux sages-femmes			
Agent	2016	2017	2018
1	2,2	0,0	0,0
2	0,0	3,4	0,0
3	0,0	10,0	0,0
4	16,2	0,0	0,0
5	2,4	6,4	0,0
6	0,0	5,7	0,0
7		0,0	0,0
8	7,1	1,9	0,0
9	11,4	0,0	0,0
10	6,9	19,3	0,0
11		1,8	0,0
12	48,1	18,6	12,0
13	6,9	0,0	3,7
14	4,7	5,6	0,0
15	0,0	7,7	
16	16,7	6,3	
17			0,0
18	0,0	7,9	0,0
19	20,7	10,0	0,0
20			
21	10,3	5,9	0,0
22	6,3	3,2	0,0
23	5,7	2,4	0,0
24	5,9	1,6	0,0
25	9,8	1,6	0,0
26	0,0	0,0	
27	25,0	7,8	0,0
28	22,2	5,1	4,8
29	3,8	8,6	0,0
30	27,3		
31		4,5	3,3
32			0,0
33		0,0	4,8
34			0,0
35	17,9	18,8	9,7
36	11,1		
37	5,6	0,0	4,2
38	12,5	9,3	
39	17,9	14,5	2,3
40	0,0	0,0	0,0
41		5,6	0,0
41		5,6	0,0
43	0,0	0,0	4,5
44	15,8	11,1	7,1
45	2,9	1,4	0,0
46	13,3	22,2	0,0
47	5,9	25,0	12,0
48	7,3	3,6	0,0
49	4,8	0,0	0,0
50	7,4	1,7	0,0
51	14,3	11,6	12,5
52	11,4	4,8	0,0
53		6,9	0,0
54		14,3	3,6

Taux des gynécologues-obstétriciens			
Agent	2016	2017	2018
1	44,9	41,4	21,4
2			63,2
3	42,9	62,5	
4	75	35,3	21,9
5		28,8	29,6
6	37,5	40,0	8,3
7		33,3	46,9
8	66,7	0,0	0,0
9		38,5	42,5
10	30	20,0	
11	7,1	25,9	20,0
12	63,6	43,8	
13	52,2	37,1	18,8
14	68	30,3	27,3
15	44,4	51,9	60,0
16	67,7	50,0	42,9
17	25	56,3	54,5
NR		11,1	25,0

ANNEXE 4 : Données recueillies dans les dossiers obstétricaux

	2016		2017		2018		TOTAL		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	107	40,4	135	50,9	23	8,7	265	(100)	
âges									
<25 ans	15	14,0	22	16,3	2	8,7	39	14,7	0,63*
25-35 ans	72	67,3	87	64,4	19	82,6	178	67,2	<0,001**
>= 36 ans	20	18,7	26	19,3	2	8,7	48	18,1	
âge moyen	36 ± 21		30 ± 5		34 ± 17		33 ± 15		
médiane	31		30		31		31		
IMC									
maigre	7	6,5	10	7,4	4	17,4	21	7,9	0,2*
normal	74	69,2	84	62,2	14	60,9	172	64,9	<0,001**
surpoids	17	15,9	29	21,5	4	17,4	50	18,9	
obésité	5	4,7	8	5,9	0	0,0	13	4,9	
NE	4	3,7	4	3,0	1	4,3	9	3,4	
IMC moyen	22,9±4,1		23,2±4,9		21,3 ±3,5		22,9±4,62		
médiane	22,1		22,7		20,1		22,1		
Origines démographiques									
caucasien	59	55,1	51	37,8	16	69,6	126	47,5	0,4*
afrique du nord	30	28,0	49	36,3	4	17,4	83	31,3	<0,001**
afrique noire	9	8,4	16	11,9	1	4,3	26	9,8	
autre	9	8,4	18	13,3	2	8,7	29	10,9	
NR	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4	
DIABETE									
antécédent familiale	33	30,8	32	23,7	3	13,0	68	25,7	0,14*
antécédent + DG	5	4,7	6	4,4	0	0,0	11	4,2	<0,001**
Nb diabète gestationnel	7	6,5	16	11,9	1	4,3	24	9,1	
DGNID	6	5,6	10	7,4	1	4,3	17	6,4	
DID	1	0,9	5	3,7	0	0,0	6	2,3	
DGNID éq.	7	6,5	8	5,9	1	4,3	16	6,0	
DGNID déseq.	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	0,8	
DID éq	1	0,9	2	1,5	0	0,0	3	1,1	
DID déseq.	0	0,0	3	2,2	0	0,0	3	1,1	
Déroulement grossesse									
normal	102	95,3	120	88,9	21	91,3	243	91,7	0,35*
pathologique	5	4,7	16	11,9	1	4,3	22	8,3	<0,001**
Si pathologie, motif ?									
GRE	3	2,8	12	8,9	2	8,7	17	6,4	0,14*
MAP	3	2,8	5	3,7	2	8,7	10	3,8	<0,001**
RSM	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4	
MAP+RSM	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4	
MTR+PP	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	0,8	
AUTRE	0	0,0	3	2,2	0	0,0	3	1,1	
CPDP	1	0,9	2	1,5	0	0,0	3	1,1	
Malformation cardiaque	1	0,9	1	0,7	0	0,0	2	0,8	
IMG sélective	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4	
Parité									
Primipares	76	70,1	91	67,4	15	65,2	182	69,1	NS*
multipares	32	29,9	44	32,6	8	34,8	83	30,9	<0,001**
Antécédent périnéale									
Episiotomie	11	10,3	19	14,1	4	17,4	34	12,8	NS*
Utérus cicatriciel	8	7,5	14	10,4	1	4,3	23	8,7	<0,001**
DMS	3	2,8	4	3	2	8,7	33	12,5	
PC	0	0	1	0,7	0	0	1	0,4	
PI	1	0,9	0	0	1	4,3	2	0,8	
NR	13	12,1	8	5,9	1	4,3	22	8,3	

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

	2016		2017		2018		TOTAL		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	107	40,4	135	50,9	23	8,7	265	(100)	
Antécédents premier bébé									
macrosome	0	0	6	4,4	0	0	6	2,3	NS*
prématuré	1	0	0	0	1	4,3	2	0,8	NS**
hypotrophe	1	0,9	7	5,2	1	4,3	9	3,4	
Echographie									
<3 écho recommandées	4	3,7	10	7,4	0	0	14		0,2*
3 écho recommandées	74	69,2	84	62,2	14	60,9	172	64,9	<0,001**
>3 écho recommandées	17	15,9	29	21,5	4	17,4	50	18,9	
Pas d'écho	5	4,7	8	5,9	0	0,0	13	4,9	
Si moins de 3, motif ?									
Mal suivi	3	2,8	8	5,9	0	0	11	4,2	NS*
NR	1	0,9	2	1,5	0	0	3	1,1	NS**
Si plus de 3, motif ?									
Découverte fortuite/ mal suivi	0	0	3	2,2	0	0	3	1,1	NS*
Surveillance augmentée	7	6,5	16	11,9	4	17,4	27	10,2	<0,001**
Pas de raison	18	16,8	2	1,5	5	21,7	25	9,4	
Recontrôle	24	22,4	23	17,0	7	30,4	54	20,4	
Biométries									
Dans les courbes	59	55,1	76	56,3	11	47,8	59	55,1	0,96*
Pas dans les courbes	46	43,0	59	43,7	12	52,2	46	43,0	<0,001**
NR	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2	0,8	
Si pas dans les courbes, motif ?									
macrosomie	6	5,6	11	8,1	3	13	20	7,5	NS*
Hypotrophie	2	1,9	4	3	0	0	6	2,3	<0,001**
RCIU	1	0,9	0	0	0	0	1	0,3	
Bip augmenté	22	20,6	33	24,4	5	21,7	60	22,6	
Bip diminué	5	4,7	2	1,5	1	4,4	8	3	
PA augmenté	10	9,3	9	6,7	3	14	22	8,3	
Anomalie mater pouvant limiter EE									
Anomalie osseuse	3	2,8	2	8,9	2	8,7	7	2,7	NS*
Psycho-social	0	0	1	3,7	1	4,3	2	0,8	NS**
Excision	1	0,9	3	0,7	0	0,0	4	1,6	
Pathologies cardiaques / respiratoire	0	0	5	0,7	0	0,0	5	2,0	
Maladie hémato/neuro	2	1,9	2	1,5	0	0,0	4	1,6	
Terme									
≤37SA	4	3,7	3	2,2	0	0	7	2,6	NS*
37+1j - 39	25	23,4	27	20	8	34,8	60	22,6	<0,001**
39+1j - 41	64	59,8	67	49,6	13	56,5	144	54,3	
>41	14	13,1	38	28,1	2	8,7	54	20,4	
HU									
NR	3	2,8	5	3,7	3	13,0	11	4,2	NS*
<32	29	27,1	46	32,6	9	34,8	83	30,9	<0,001**
32-34	67	62,6	67	49,6	8	34,8	142	53,6	
>34	8	7,5	17	12,6	3	13	28	10,6	
Prise de poids									
NE	10	9,3	22	16,3	2	8,7	34	12,8	NS*
<10kg	15	14,1	30	22,2	5	21,7	50	18,9	<0,001**
10-14,9	38	35,5	42	31,1	7	30,4	87	32,8	
15-20	31	29,0	31	23	8	34,8	70	26,4	
>20	13	12,1	10	7,4	1	4,3	24	9,1	

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

	2016		2017		2018		TOTAL		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	107	40,4	135	50,9	23	8,7	265	(100)	
mode déclenchement travail									
spontanée	87	81,3	109	80,7	19	82,6	215	81,1	NS*
artificiel	20	18,7	26	19,3	4	17,4	50	18,9	<0,001**
Si déclenchement, méthode ?									
Propress	14	13,1	13	9,6	1	4,3	28	10,6	NS*
gel	1	0,9	7	5,2	2	8,7	10	3,8	<0,001**
oc	5	4,7	6	4,4	1	4,3	12	4,5	
	107	(40,4)	135	(50,9)	23	(8,7)	265	(100)	
Temps de mise en travail									
>24H	5	4,7	5	3,7	0	0,0	10	3,8	NS*
12h01- 24h	4	3,7	4	3,0	2	8,7	10	3,8	<0,001**
12H-6H01	4	3,7	7	5,2	0	0,0	11	4,2	
inférieur ou égal à 6h	7	6,5	10	7,4	2	8,7	19	7,2	
Durée du travail									
≤3h	34	31,8	25	18,5	5	21,7	64	24,2	NS*
3h01-5h	27	25,2	32	23,7	9	39,1	68	25,7	NS**
5h01-8h	32	29,9	41	30,4	5	21,7	78	29,4	
8h01-15h	14	13,1	36	26,7	3	13,0	53	20,0	
Temps moy	04:49		05:52		05:20		05:30		
Médiane	04:27		05:33		04:51		05:02		
Ecart-type	02:55		03:19		03:28		03:11		
Méthode d'analgésie ?									
APD	93	86,9	125	92,6	21	91,3	239	90,2	NS*
rachianesthésie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<0,001**
autre	3	2,8	0	0,0	0	0,0	3	1,1	
aucune	11	10,3	10	7,4	2	8,7	23	8,7	
Surveillance pH/ lactates									
oui	8	7,5	8	5,9	1	4,3	17	6,4	NS*
non	99	92,5	127	94,1	22	95,7	248	93,6	<0,001**
Nb moyen de lactates	3		3,1		1		2,9		
médiane	2,5		2		1		2		
ET	2,3		2,7		0		2,4		
Nb de fois le plus haut	8		8		1				
Nb de fois le plus bas	1		1		1				
Oxytocine pendant le travail									
oui	55	51,4	74	54,8	7	30,4	136	51,3	NS*
non	52	48,6	61	45,2	16	69,6	129	48,7	NS**
Débit max	15		28		16		28,0		
Débit min	2		2		2		2,0		
Débit moy	6,2		6,7		6,6		6,5		
Débit med	5		5		4		5,0		
ET	3,9		4,7		4,8		4,4		

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

	2016		2017		2018		TOTAL		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	107	40,4	135	50,9	23	8,7	265	(100)	
Durée de perfusion									
≤3H	28	26,2	24	17,8	4	17,4			NS*
3h01-12h	25	23,4	45	33,3	3	13,0			0,007**
> 12H	2	1,9	5	3,7	0	0,0			
Durée min (min)	2		13		50		13		
Durée max (min)	745		1008		576		1008		
Durée moy	239		343		253		296		
Durée med	144		307		119		229		
Ecart type	203		244		225		232		
Couleur du L.A									
LAC	84	78,5	103	76,3	17	73,9	204	77,0	NS*
LAT	11	10,3	16	11,9	3	13,0	30	11,3	<0,001**
LAM	10	9,3	13	9,6	2	8,7	25	9,4	
LAS	2	1,9	2	1,5	0	0,0	4	1,5	
NR	0	0,0	1	0,7	1	4,3	2	0,8	
Variété de présentation									
OIGA	47	43,9	70	51,9	10	43,5	127	47,9	NS*
OIDA	28	26,2	39	28,9	6	26,1	73	27,5	<0,001**
Autre	10	9,3	6	4,4	2	8,7	18	6,8	
SIEGE	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	
ASYNCLITISME	14	13,1	12	8,9	2	8,7	28	10,6	
NR	7	6,5	8	5,9	3	13,0	18	6,8	
Variété d'expulsion									
OP	102	95,3	128	94,8	20	87,0	250	94,3	NS*
OS	4	3,7	7	5,2	3	13,0	14	5,3	<0,001**
NR	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	
Appel/présence du gynécologues									
oui	27	25,2	28	20,7	5	21,7	60	22,6	NS*
non	80	74,8	107	79,3	18	78,3	205	77,4	<0,001**
pendant les EE									
Temps moy	4		4		3		12		
Temps méd.	21,25		25,3		14		21,5MIN		
Temps ET	25		26		11		20 MIN		
	11,8		12,3		7,2		9,8		
Poids fonction AG									
Eutrophe	90	84,1	102	75,6	21	91,3	213	80,4	NS*
Hypotrophe	5	4,7	14	10,4	1	4,3	20	7,5	<0,001**
Macrosome	11	10,3	19	14,1	1	4,3	31	11,7	
GG	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

Phases du travail	2016 n	2017 n	2018 n	TOTAL n	P
	107	135	23	265	
Latence					
Médiane (EN MIN)	30	60	45	45	NS*
Moyenne	55	70	78	65	N/A**
Min (EN MIN)	0	0	0	0	
Max (en MIN)	540	420	285	360	
Ecart type	78	78	89	79	
Active					
Moyenne	114	174	116	124	<0,001*
Médiane	90	105	90	105	N/A*
Min	0	60	0	0	
Max	455	450	480	480	
Ecart type	75	95	122	84	
Descente					
Moyenne	71	91	82	83	0,03*
Médiane	52	97	68	75	N/A**
Min	0	0	11	0	
Max	200	193	205	205	
Ecart type	53	58	67	58	
Expulsion					
Moyenne	15	17	18	16	NS*
Médiane	11	17	18	15	N/A**
Min	1	1	4	1	
Max	54	45	34	54	
Ecart type	11	9	9	10	

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

	2016		2017		2018		TOTAL		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	107	40,4	135	50,9	23	8,7	265	(100)	
Apgar									
10x3	83	77,6	117	86,7	19	82,6	219	82,6	NS*
COMPRIS 8-10 à 1min	99	92,5	130	96,3	23	100,0	252	95,1	NS**
compris 8-10 à 5min	105	98,1	134	99,3	23	100,0	262	98,9	
compris 8-10 à 10min	106	99,1	134	99,3	23	100,0	263	99,2	
COMPRIS 5-7 à 1min	3	2,8	3	2,2	1	4,3	7	2,6	
à 5min	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2	0,8	
à 10min	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	
INF 5 à 1min	5	4,7	2	1,5	0	0,0	7	2,6	
NE	0		1	0,7	0	0,0	1	0,4	
pH au cordon									
physiologiques	100	93,5	127	94,1	20	87,0	247	93,2	NS*
pathologique	7	6,5	8	5,9	3	13,0	18	6,8	<0,001**
NE	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	
Lactates au cordon									
<6	84	78,5	113	83,7	17	73,9	214	80,8	NS*
ENTRE 6 ET 7	14	13,1	15	11,1	5	21,7	34	12,8	<0,001*
SUP OU EGAL 8	7	6,5	5	3,7	1	4,3	13	4,9	
ECHEC	2	1,9	2	1,5	0	0,0	3	1,1	
Etat périnéale									
Épisiotomie	94	87,9	103	76,3	20	87,0	217	81,9	NS*
épisiotomie + DMS	7	6,5	6	4,4	1	4,3	31	11,7	<0,001**
épisiotomie + éraillure(s)	6	5,6	23	17,0	2	8,7	14	5,3	
épisiotomie + LOSA	0	0,0	3	2,2	0	0,0	3	1,1	
ERCF									
pathologique	67	62,6	84	62,2	13	56,5	164	61,9	NS*
physiologique	38	35,5	51	37,8	10	43,5	99	37,4	<0,001**
NE	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2,0	0,8	

*p de significativité entre les données de 2016,2017 et 2018. **p de significativité de la donnée globale

ANNEXE 5 : Activité des gynécologues-obstétriciens par année d'étude

Actes	2016		2017		2018		p			
	n	%	n	%	n	%				
	256	(100)	470	(100)	257	(100)				
Nb d'épisiotomies	133	52,0%	173	36,8%	84	32,7%				
Nb VBI	228	89,1%	427	90,9%	237	92,2%	NS			
spatules	161	62,9%	283	60,2%	144	56,0%	NS			
Ventouse	64	25,0%	124	26,4%	81	31,5%	NS			
Forceps	0	0%	8	1,7%	0	0%	0,01			
les deux (ventouse + spatules)	3	1,2%	12	2,6%	12	4,7%	0,03			
Nb de siège	4	1,6%	20	4,3%	9	3,5%	NS			
Nb de GG	20	7,8%	21	4,5%	9	3,5%	NS			
Autre	4	1,6%	2	0,4%	2	0,8%				
Nb d'épisiotomies	133	%*	%**	173	%*	%**	84	%*	%**	
Association spatules et épisiotomies	100	39,1%	75,2%	117	24,9%	67,6%	50	19,5%	59,5%	NS
Association ventouse et épisiotomies	25	9,8%	18,8%	45	9,6%	26,0%	27	10,5%	32,1%	NS
Association V+S et épisiotomies	0	0,0%	0,0%	5	1,1%	2,9%	6	2,3%	7,1%	0,01
Association GG et épisiotomies	4	1,6%	3,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0,02
Association Siège et épisiotomies	1	0,4%	0,8%	2	0,4%	1,2%	1	0,4%	1,2%	NS
Association Forceps et épisiotomies	0	0,0%	0,0%	2	0,4%	1,2%	0	0,0%	0,0%	NS
Autre	3	1,2%	2,3%	2	0,4%	1,2%	0	0,0%	0,0%	NS

%* : rapporté au nombre d'épisiotomies

%** : rapporté au nombre d'actes totaux

ANNEXE 6 : Profil des sages-femmes en fonction des taux à 0% et 10%

	SF avec un taux à 0%		SF avec un taux à 10%		p
	n	(%)	n	(%)	
	7	(100)	7	(100)	
Âge moyen ± Ecart-type	32,4±7		33±9,8		NS
Lieux de formation					
Nice	5	71,4%	6	85,7%	NS
Ailleurs	2	28,6%	1	14,3%	
Année d'exercice ± ET	10± 7,1		9± 8,2		NS
Début de carrière					
Au CHU	5	71,4	6	85,7	NS
Ailleurs	2	28,6	1	14,3	
Connaissance RPC					
Oui	2	28,6	4	57,1	NS
Non	5	71,4	2	28,6	
Pas de réponse	0	0,0	1	14,3	

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE
ECOLES DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

Titre. — État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice : *Dans quelles circonstances les sages-femmes réalisent-elles une épisiotomie ?*

Résumé :

Introduction. — L'épisiotomie est fortement remise en cause par la littérature, les professionnels et les usagères. La réalisation de l'épisiotomie et sa suture est une compétence des sages-femmes.

Objectifs. — Mesure de la pratique de l'épisiotomie du service, et évaluation de la pratique des sages-femmes et ses déterminants.

Méthodes. — Etude monocentrique ; quantitative et qualitative, par le biais d'un recueil de donnée sur dossiers obstétricaux associé à un questionnaire aux professionnels. Population de population de 265 patientes ayant eu une épisiotomie dans le cadre d'un accouchement voie basse non instrumentale, et de 33 professionnels.

Résultats. — Le service a montré une décroissance de son taux d'épisiotomie entre 2016 (16,9%) et 2018 (8,1%). Les sages-femmes suivent les RCP du CNGOF. Ils réalisent des épisiotomies dans un contexte néonatal non rassurant, de primiparité, de suspicion de poids fœtal augmenté, d'antécédent périnéale et d'APD. La formation initiale, l'expérience et l'environnement de travail sont des déterminants de la pratique de l'épisiotomie.

Conclusions. — Ce mémoire a mis en évidence un besoin d'harmonisation des pratiques pour palier à l'hétérogénéité des pratiques et d'un rappel des recommandations d'épisiotomie et de protection périnéale. L'épisiotomie est un acte multifactoriel qui dépend des caractéristiques de la patiente ainsi que de l'expérience et vécu du professionnel.

Mots-clés. — Episiotomie, taux, voie basses non instrumentale, facteurs de risque

Title. — Evaluation of episiotomy's practice in the Nice University Hospital : Under what circumstances midwives had recourse to episiotomy ?

Abstract :

Introduction. — Scientific publications, clinicians and patients start to question the accuracy of episiotomy. The episiotomy's practice and its suture is a midwife's ability.

Aims. — To measure the episiotomy's practice of the unit and assess the determining factors of midwives's activity

Methods. — single-center study, quantitative and qualitative assessments, using data collect on patient files and survey adressed to midwives. 265 patient's population of study and 33 practitioners.

Results. — The unit reduce its episiotomy rate to 8,1% in 2018. Midwives follow guidelines. They practice episiotomy in conditions of : foetal distress, increased fetal weight, perineal tear prior, epidural anesthesia. The intial education, professional experience and work environnement contribute to the episiotomy use.

Conclusions. — This work brought to light a need of harmonisation in order to reduce the practice's variability, with a reminder of guidelines about episiotomy and perineal protection. Episiotomy is a multifactorial medical act wich depends on patient characteristic aswell as professional past experience.

Key-words. — episiotomy, rate, midwife, midwives, delivery, risk factor