

Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et informations données aux parturientes en salle de naissance

Lena Gonzalez

► **To cite this version:**

Lena Gonzalez. Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et informations données aux parturientes en salle de naissance. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03066421

HAL Id: dumas-03066421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066421>

Submitted on 15 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST
MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2020

**Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et informations
données aux parturientes en salle de naissance.**

Présenté et soutenu par :
Lena Gonzalez
Née le 26 juillet 1996

Remerciements

Je remercie tout particulièrement :

Mme Anne Moal, Directrice de l'Ecole de sage-femme de Brest mais également guidante de ce mémoire de fin d'études, pour ses relectures et ses conseils bienveillants.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de sage-femme de Brest pour leur accompagnement tout au long de ces cinq années.

Merci aux sages-femmes qui ont accepté de participer à ces entretiens sur lesquels s'est construit tout ce travail.

Merci à mes amis et futur s collègues de promotion qui ont embelli ces cinq années d'études, et tout particulièrement Gaëlle Leonard et Audrey Le Bonniec pour leur soutien sans faille.

Merci à ma famille pour m'avoir soutenu dans cette voie et de m'avoir permis de réaliser ces études de sage-femme.

Table des matières

I.Introduction.....	5
II.Matériel et méthodes.....	6
1.Objectifs de l'étude.....	6
2.Hypothèses.....	6
3.Type et lieu de l'étude.....	6
4.Entretiens.....	7
III.Résultats et Analyse.....	8
1.Population interrogée.....	8
2.Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes.....	8
2.1)Episiotomie, acte chirurgical.....	8
2.2)Conséquences physiques et psychiques de l'épisiotomie.....	9
3.Raisonnement clinique et recommandation du CNGOF.....	10
3.1)Indications principales.....	10
3.2)Influence de l'obstétricien de garde.....	10
3.3)Facteurs de risques.....	10
3.4)Épisiotomie, un acte réalisé par les obstétriciens de garde et les internes.....	11
4.Information et consentement.....	11
4.1)Salle de naissance, non lieux de l'information.....	11
4.2)Complexité du consentement en salle de naissance.....	12
IV.Discussion.....	12
1.principaux résultats.....	12
2.Limites et biais de l'étude.....	13
2.1)Influence personnelle.....	13
2.2)Cadre de l'étude.....	13
2.3)Biais méthodologique.....	13
2.4)Biais de confirmation.....	14
3.Discussion des résultats.....	14
3.1)Conséquences de l'épisiotomie selon les sages-femmes.....	14
3.2)Indications de l'épisiotomie.....	15
3.3)Influence de l'obstétricien de garde.....	16

3.4)Information et consentement.....	16
4.Perspectives de perfectionnement.....	18
5.Propositions.....	18
V.Conclusion.....	19
VI.Bibliographie.....	20
VII.Annexes.....	22
1.Annexe 1 : Schéma des différents types d'épisiotomies.	22
2.Annexe 2 : Feuille d'information et de consentement.....	23
3.Annexe 3 : Guide d'entretien.....	24
VIII.Résumé.....	25

I. Introduction

L'épisiotomie est une section chirurgicale du périnée pratiquée lors de l'accouchement voie basse au moment de l'expulsion. Cette intervention a pour but d'éviter la rupture traumatique du périnée, lors de la descente de la présentation fœtale au détroit inférieur. En France il est recommandé de choisir une incision médio-latérale (cf. annexe 1) si la pratique de l'épisiotomie est nécessaire (1).

Le taux global d'épisiotomies en France, rapporté aux accouchements par les voies naturelles, était en 2002-2003 de 47 % (68 % chez la primipares et 31 % chez la multipares) (2). A posteriori le taux d'épisiotomie en 2016 est passé à 20 % (35 % chez les primipares et 10 % chez les multipares), selon l'enquête nationale périnatale de 2016. (1). Ces taux ont diminué après que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ait recommandé une politique restrictive de l'épisiotomie dans le but d'atteindre un taux inférieur à 30 % (3).

En 2018 les recommandations du CNGOF précisent « *L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie. Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A). 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* »(1).

Aujourd'hui 20 % d'épisiotomies sont toujours réalisés en France et il existe des complications associées à ce geste à court et long terme (2) :

A court terme, le risque d'hémorragie du post-partum est augmenté et des traumatismes fœtaux sont possibles au décours de la section. La nouvelle accouchée peut souffrir de douleurs périnéales et d'œdèmes périnéaux en post-partum immédiat (3).

A long terme des dyspareunies, des granulomes, des endométrioses de cicatrices, des brides rétractiles, ainsi que des béances vulvaires et vaginales peuvent être constatés (3).

Sur de nombreux réseaux sociaux, forums, la parole est donnée aux femmes qui ont eu au cours de leur accouchement une épisiotomie. Des avis positifs et négatifs existent, mais souvent les termes du registre de la violence sont utilisés et le non consentement est évoqué (4). Selon le Ciane en 2013 dans 85 % des cas le consentement n'était pas demandé (5). Cependant le code de la santé publique stipule clairement que : « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* » et le CNGOF mentionne qu'il est « *recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie* » (1). Très souvent ce consentement est demandé au moment où l'épisiotomie paraît nécessaire par la sage-femme ou l'obstétricien, un moment où la femme est sans doute plus

vulnérable et n'est pas objective sur ses décisions. Toujours selon l'enquête du Ciane en 2013 il a été mis en évidence que 3 femmes sur 4 ayant eu une épisiotomie en ont souffert : 75% sur la période 2010-2013, 23% ont estimé ne pas en avoir souffert. Les 2% restants correspondaient à des femmes ayant coché « autres réponses » en vue d'indiquer qu'elles avaient souffert pendant plus de 3 mois, jusqu'à plusieurs années. 39% des femmes ont dit avoir souffert pendant la première semaine de post-partum, 38% pendant un mois, 13% pendant 3 mois et 10% au-delà (5).

Le taux national d'épisiotomies est en baisse depuis 2010, cependant, compte tenu de ces données il est toujours nécessaire de se remettre en question et de comprendre les pratiques qui amènent à sa réalisation. Comme elle reste dépendante de l'analyse clinique de l'accoucheur (6) nous avons cherché à comprendre les pratiques de ces acteurs de santé, et particulièrement les sages-femmes, qui sont les premiers interlocuteurs des parturientes en salle de naissance.

II. Matériel et méthodes

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est double : recueillir la représentation de l'épisiotomie chez les professionnels, comprendre leur raisonnement et les critères qui les amènent à intégrer ou non les recommandations du CNGOF dans l'exercice de leurs fonctions.

L'objectif secondaire est de comprendre la place accordée à l'information et au consentement de la patiente en salle de naissance.

2. Hypothèses

Nos hypothèses sont les suivantes :

- L'épisiotomie est un geste chirurgical réalisé sans indication précise, seulement selon l'expérience de la sage-femme.
- Les conséquences de l'épisiotomie sont minimisées par les sages-femmes.
- L'information donnée sur l'épisiotomie en salle de naissance est insuffisante pour que les parturientes puissent donner un consentement libre et éclairé à la réalisation de cet acte.
- Le consentement de la patiente n'est pas obtenu pour réaliser une épisiotomie.

3. Type et lieu de l'étude

L'étude menée est exploratoire et qualitative. Elle est réalisée en milieu hospitalier au CHRU de Brest, impliquant les sages-femmes de salles de naissance. Pour réaliser cette étude

qualitative des feuilles d'information et de consentement (annexe 2) ont été distribuées nominativement aux sages-femmes de salle de naissance du CHRU de Brest. Une fois des réponses positives reçues, des entretiens individuels ont été programmés pour recueillir leur témoignage.

Dans un premier temps 21 lettres nominatives ont été remises le 13 septembre 2019, dont 19 ont été renouvelées dans un second temps.

Les sages-femmes ont été sélectionnées selon deux critères : elles ont exercé en salle de naissance et ont répondu positivement à la demande d'entretien.

4. Entretiens

Les entretiens sont menés et enregistrés après consentement clair et éclairé des professionnels, dans le respect du secret professionnel, anonymisés, et après accord de l'établissement concerné. Ils ont été effectués de Novembre 2019 à Janvier 2020.

Trois thèmes principaux ont été abordés selon le guide d'entretien en annexe (annexe 3). Les personnes questionnées sont dans un premier temps interrogées sur la représentation qu'elles ont de l'épisiotomie : l'acte en lui-même et ses conséquences.

Après avoir défini le cadre, l'entretien se porte sur la réalisation de cet acte avec l'intégration des recommandations du CNGOF et de l'expérience de la sage-femme.

Une dernière partie est consacrée à la place que donne cette sage-femme à l'information et au consentement concernant cet acte.

Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits selon une retranscription sociologique avec une retranscription exacte de l'ensemble du langage auquel a été associé entre parenthèse les expressions non verbales prises en note au cours de l'entretien.

L'analyse a été réalisée en fonction des trois thèmes de la grille d'entretien, grâce à une analyse longitudinale puis transversale des sept entretiens.

III. Résultats et Analyse

1. Population interrogée

	Sexe	Années d'expériences	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
SF 1	Femme	10 ans	12min 27s	Service de maternité, sage-femme en garde
SF 2	Femme	13 ans	8min 52s	Entretien téléphonique
SF 3	Femme	16 ans	9min 33s	Salle d'accouchement, sage-femme en garde
SF 4	Femme	9 ans	11min 14s	Service de grossesse pathologique, sage-femme en garde
SF 5	Femme	29 ans	6min 19s	Service de grossesse pathologique, sage-femme en garde
SF 6	Femme	28 ans	7min 48s	Salle d'accouchement, sage-femme en garde
SF 7	Femme	8 ans	9min 5s	Service de maternité, sage-femme en garde.

SF: Sage-femme

9 sages-femmes sur 21 ont retourné la feuille d'information et consentement complétée. Elles ont dans un premier temps été contactées par mail avec des propositions de dates de rendez-vous. Au total 7 entretiens ont été réalisés entre le mois de novembre 2019 et janvier 2020. De ces entretiens 6 ont été menés au cours des gardes des sages-femmes selon leur souhait et 1 entretien a été mené par téléphone. Les 2 sages-femmes restants qui ont retourné la feuille d'information et consentement n'ont pas répondu aux mails et relances, elles ont donc été exclues de l'étude.

2. Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes

2.1) Episiotomie, acte chirurgical

La définition de l'épisiotomie par les sages-femmes correspond aux définitions que l'on retrouve dans les dictionnaires médicaux ou celle donnée par le CNGOF. Elles ont pour notion que l'épisiotomie est un geste chirurgical, comme mentionné dans les propos de la sage-femme 1 : « *incisure chirurgicale* ». Et ceux de la sage-femme 4 : « *section chirurgicale du périnée* ».

2.2) Conséquences physiques et psychiques de l'épisiotomie

Concernant les conséquences de l'épisiotomie la douleur est une notion bien intégrée par les sages-femmes surtout dans les conséquences à court terme comme le précise la sage-femme 4 : « *principalement déjà la douleur* ». La douleur est la seule conséquence à court terme citée par les sages-femmes, seul la sage-femme 1 a ajouté que selon son expérience une épisiotomie peut engendrer des dysuries : « *parfois je trouve que dans les heures qui suivent l'accouchement ça peut jouer un peu sur les rétentions urinaires* ».

Les sages-femmes estiment que les conséquences à moyen et long terme sont principalement psychologiques et sexuelles : Ce geste peut altérer leur « *rapport au corps* » comme le mentionne la sage-femme 1, et avoir des conséquences sur les accouchements ultérieurs, cela peut générer de l'anxiété ou des traumatismes. Selon la sage-femme 3 : « *Tu as des patientes qui sont un peu traumatisées par ça pour les accouchements suivants* ». Une épisiotomie peut engendrer des « *dyspareunies* » et impacter sur « *la reprise des rapports sexuels et de la vie sexuel* » nous dit la sage-femme 4 et donc impacter sur la vie de couple.

Néanmoins les sages-femmes 5 et 6 accordent une importance à la réfection et la cicatrisation de l'épisiotomie qui selon elles « *si c'est bien réparé ça ne devrait pas laisser de séquelles au niveau du périnée* » et « *si c'est bien cicatrisé normalement tu n'as pas de gêne plus que ça* ».

De façon général les sages-femmes perçoivent ce geste comme conséquent pour la femme, cela est très patient dépendant et dépend du vécu de la patiente. Ce geste peut être choquant et les femmes ressentent le besoin d'en parler comme le dit la sage-femme 1 « *Je trouve que tu as des mamans qui sont, sont très choquées...mais souvent les femmes elles en parlent, je vois à des diner des trucs comme ça, elles en parlent beaucoup. Elles font une sorte de blocus physique et peut être psychique* ». Nous retrouvons cette notion dans les propos de la sage-femme 4 « *ça dépend des patientes, je peux pas qualifier c'est vraiment patientes dépendant, après je pense aussi que c'est en lien avec la représentation que elle-même se font, et du coup leur vécu dépend aussi, bon de la douleur clairement, mais la douleur reste aussi, euh... y'a aussi des dominantes psychologiques, je ne dis pas que c'est pas physique, c'est pas le principal mais ça peut rentrer en ligne en compte, mais du coup la représentation de, de ,de l'épisiotomie peut aussi impacter sur la façon dont elles le prennent* ». Cela est aussi précisé par la sage-femme 6 : « *c'est patient dépendant, heu, par ce que, oui c'est assez difficile à te donner une évaluation car ouais tu vas avoir des femmes pour qui il n'y aura aucun souci il n'y aura pas de douleur pas de gêne après et qui vont, voilà il n'y a pas de problème. D'autres pour qui ça va vraiment être vécu comme un traumatisme ou qui vont garder des douleurs résiduelles après.* ».

3. Raisonnement clinique et recommandation du CNGOF

3.1) Indications principales

Lorsque le sujet de l'indication de l'épisiotomie a été abordé c'est l'anomalie du rythme cardiaque foetal qui a été spontanément évoqué par les sages-femmes interrogées. Elles évoquent toutes la possibilité de réaliser une épisiotomie dans l'intérêt de l'enfant sur « *des grosses anomalies du rythmes* », « *des anomalies du tracé avec un bébé au périnée* », pour « *une urgence extrême et vitale pour son enfant* ». A ce moment de l'expulsion c'est le bien-être de l'enfant qui prime pour les sages-femmes interrogées, une épisiotomie peut alors être nécessaire pour accélérer la naissance.

La deuxième indication qui a été abordée spontanément par toutes les sages-femmes est la naissance par extraction instrumentale, selon leur expérience les extractions instrumentales peuvent être accompagnées d'une épisiotomie. Elles ont toutes précisé qu'une extraction par ventouse peut être accompagnée d'une épisiotomie mais cela reste rare. Concernant les extractions par forceps ou spatules cela dépend de l'obstétricien qui réalise l'extraction et que ce sont souvent les « *vieux gynéco* », selon la sage-femme 3, qui réalisent une épisiotomie systématique avec une extraction.

3.2) Influence de l'obstétricien de garde

Deux sages-femmes ont indiqué avoir été influencées par la présence de l'obstétricien de garde sur le moment de l'expulsion, ils estimaient qu'une épisiotomie était nécessaire mais à ce moment la décision revenait à la sage-femme. La sage-femme 1 explique « *je crois qu'elle regardais, c'était dans les vieilles salles où il y avait des stores sur les fenêtres donc souvent les chefs regardaient quand ça durait trop longtemps, du coup je voyais qu'elle était là mais bon ... le bébé est sorti, il y a eu une bonne déchirure, mais je crois que c'était un premier degré, assez longue mais premier degré et après elle m'a dit « tu aurais dû faire une épisio » et je me souviens c'était par ce que c'était un gros bébé* », la sage-femme 2 a, elle, réalisé une épisiotomie sous l'influence de l'obstétricien de garde qui était physiquement présent dans la salle et qui selon ses dires « *ma dernière épisio c'était quand j'étais de garde avec lui, et que lui il était derrière moi et il arrêtait pas de dire « pourquoi vous coupez pas », « pourquoi vous coupez pas »...* ».

3.3) Facteurs de risques

Pour certaines sages-femmes certains éléments peuvent prédisposer à une épisiotomie. Pour la sage-femme 1 les « *dames très pales, rousses* » sont plus disposées à avoir « *une grosse déchirure* » donc la probabilité de réaliser une épisiotomie est plus importante. Cette sage-femme ainsi que la sage-femme 4 expliquent que la parité de la patiente peut être un élément de réflexion,

estimant que les primipares sont plus à risque d'épisiotomie. Selon son expérience la sage-femme 7 intègre « *la grande sportive* » et les patientes « *qui on fait beaucoup d'infections vaginales* » dans les femmes à risque d'avoir une épisiotomie, ces femmes ayant des périnées plus tonique par la pratique intensive de sport et un périnée plus friable fragilisé par la répétition d'infections vaginales. Enfin la notion de macrosomie est encore un élément qui influence les sages-femmes dans leur pratique.

3.4) Épisiotomie, un acte réalisé par les obstétriciens de garde et les internes

Dans leur exercice clinique les sages-femmes ont constaté une légère diminution de la pratique de l'épisiotomie, celle-ci ayant toujours été faible. Aujourd'hui la réalisation de l'épisiotomie par les sages-femmes est exceptionnelle et les personnes interrogées estiment que ce geste est plus souvent pratiqué par les obstétriciens et les internes. La sage-femme 1 nous dit : « *c'est de plus en plus rare que les sage-femme fassent des épisio, c'est plus les médecins avec les extractions et même je vois sur les extractions c'est de plus en plus rare aussi ... c'est vraiment les chefs qui font plus d'épisio* ». La représentation des sages-femmes de l'épisiotomie nous paraît donc être davantage celle d'un exercice pluridisciplinaire. Le rôle de la SF serait plus axé à l'information en amont d'un geste à réaliser de manière exceptionnelle par elle, et en majorité en dernier recours par l'obstétricien de garde ou les internes.

4. Information et consentement

4.1) Salle de naissance, non lieux de l'information

Selon les sages-femmes interrogées, l'information sur l'épisiotomie n'a pas sa place en salle de naissance. Elles estiment pouvoir répondre aux questions de la patiente si c'est elle qui est demandeuse d'information, mais de manière général selon les sages-femmes c'est une information qui doit avoir lieux au cours de la grossesse avant le travail en salle de naissance. La sage-femme 5 nous dit : « *ça a sa place dans la préparation à l'accouchement* », « *c'est une information qu'elles doivent avoir avant* », « *c'est pas forcément d'emblée le truc dont je vais parler* ». Cette information serait source d'anxiété en salle de naissance et amènerait l'obligation de parler systématiquement de tout geste qui pourrait intervenir au cours d'un accouchement (ventouse, forceps, césarienne...). Si c'est la patiente qui est demandeuse d'information, les sages-femmes interrogées ont toutes répondu que l'information donnée était centrée sur le fait que « *c'est un geste d'urgence* », qu'il n'y a « *pas d'indication précise* » et que « *c'est seulement au moment de l'expulsion que l'on peut savoir s'il est nécessaire de faire une épisiotomie* ». C'est

alors à ce moment de l'expulsion que les sages-femmes informent sur le besoin de faire ce geste et se « *laisse une ou deux poussés avant de le réaliser* ».

4.2) Complexité du consentement en salle de naissance

La place du consentement est alors très complexe, étant qualifié de « *geste d'urgence* » par les sages-femmes il est alors compliqué d'obtenir un consentement libre et éclairé au moment de l'expulsion. Selon leur propos « *ce n'est pas le moment d'en parler* », « *le consentement à ce moment-là ne rentre pas en ligne de compte* », « *le moment de l'accouchement est toujours une urgence* », elle ajoute donc que « *obtenir un consentement à la fois libre et éclairé dans aussi peu de temps ça me semble imaginaire* ». Cependant certaines sages-femmes nous disent « *il y'a une place au consentement dans la mesure où je l'explique en amont* », « *au moins prévenir la dame, lui expliquer là je vais devoir le faire* » la place est alors donné à l'information les minutes précédant l'acte, et non à un réel consentement.

Enfin les sages-femmes ont été interrogées sur leur conduite à tenir en cas de refus catégorique de la patiente pour la réalisation d'une épisiotomie, Deux possibilités ont été évoquées par les personnes questionnées. Pour une partie des sages-femmes il est possible d'attendre un dernier effort expulsif sans intervention médicale mais si cela n'est pas suffisant elles estiment devoir réaliser une épisiotomie même si elles vont à l'encontre du souhait de la patiente. Les autres sages sages-femmes interrogées décident dans ce cas de ne pas réaliser une épisiotomie et d'appeler le chef de garde qui décidera de la conduite à tenir. Cela se retrouve dans les propos de la sage-femme 5 : « *j'appelle le médecin et la patiente verra avec lui* ». Les sages-femmes se déchargent de cette décision et donnent la responsabilité au chef de garde.

IV. Discussion

1. principaux résultats

Ces sept entretiens nous ont permis de nous rendre compte que l'épisiotomie est un geste chirurgical de moins en moins réalisé par le corps médical. Ses indications sont minimales et toujours dans l'objectif d'un sauvetage de l'enfant.

Les conséquences de l'épisiotomie sont patientes dépendant, dans un premier temps physique et pour certaines patientes des conséquences psychiques persistent.

Ce geste fait partie des compétences de la sage-femme mais les entretiens ont révélé qu'aujourd'hui les épisiotomies sont surtout réalisées par les internes ou les obstétriciens de garde.

L'information concernant l'épisiotomie est très peu développée en salle de naissance et le consentement est un sujet complexe. De façon général l'épisiotomie est réalisée sans consentement clair et éclairé de la patiente.

2. Limites et biais de l'étude

2.1) Influence personnelle

Souhaitant initialement travailler sur les conséquences psychiques de l'épisiotomie dans le post-partum, il nous a été compliqué de faire la transition entre ces deux sujets.

De plus l'exercice des entretiens s'est révélé difficile, ayant peu d'expérience dans cette discipline cela a pu mener à de mauvaises formulations de questions et les réponses ont pu être influencées par nos propres représentations.

2.2) Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein du CHRU de Brest, maternité de niveau III. Sans doute aurions-nous eu des réponses différentes dans d'autres établissements où la présence d'internes n'est pas systématique ou dans des établissements où l'obstétricien de garde est d'astreinte. Dans certain établissement les pratiques sont différentes telle que la mise en pratique du massage du périnée ou l'application de compresses chaudes sur le périnée. De plus au sein des salles de naissances du CHRU de Brest les accouchements par le siège et issus de grossesse gémellaire, qui étaient considérés plus à risque d'épisiotomies avant les recommandations du CNGOF de 2005 (3), sont effectués par les obstétriciens de garde. Les sages-femmes interrogées ont donc peu d'expérience concernant ces accouchements et n'ont pas pu témoigner.

Les conclusions de notre étude, comme toute étude qualitative, concernent notre échantillon. Elles ne peuvent être généralisées.

2.3) Biais méthodologique

Le recrutement a été réalisé sur le principe du volontariat des sages-femmes travaillant en salle de naissance sur la période de septembre à novembre 2019. Seulement 9 réponses positives ont été recueillies, par la suite 7 entretiens ont pu être menés. Cela a sans doute engendré un recueil d'information insuffisant et incomplet. Le nombre et les durées des entretiens sont faibles. La saturation des données n'est pas atteinte. Cependant les éléments recueillis sont très intéressants et nous ont conduit à une réflexion riche sur la thématique.

2.4) Biais de confirmation

Toujours par manque d'expérience dans le domaine de la recherche, certaines informations confirmant nos hypothèses ont pu être privilégiées, et orienter les entretiens selon nos idées préconçues.

3. Discussion des résultats

3.1) Conséquences de l'épisiotomie selon les sages-femmes

À travers les résultats nous constatons que les sages-femmes ont conscience que ce geste est chirurgical et conséquent pour les patientes. La notion de douleur liée à ce geste que ce soit à court, moyen et long terme n'est pas négligée par les sages-femmes. Cette douleur est prouvée dans de nombreuses études (3), (14), (15), (16), dans le post partum immédiat elle est majoritairement dû à un hématome secondaire à un défaut d'hémostase dans le plan profond, à l'inflammation de la cicatrice et à une possible désunion ou infection de la suture (13). A plus long terme des douleurs ont été décrites lors de la marche, à la défécation, ainsi qu'à la miction, ces douleurs ont été reliées à l'épisiotomie selon les femmes interrogées (14). Les sages-femmes interrogées dans nos entretiens n'ont pas décrit avec précision l'importance, la durée ou la cause de ces douleurs mais elles l'ont toutes évoquées spontanément et l'ont relié à l'épisiotomie.

Les conséquences sur la sexualité sont aussi évoquées spontanément par les sages-femmes. Selon leur expérience professionnelle des dyspareunies sont évoquées par les patientes à la reprise des rapports sexuelles. En effet des dyspareunies ont été plus observées chez les patientes ayant eu une épisiotomie plutôt que celles ayant eu un périnée intact ou une déchirure simple (13), (17). Cependant même si l'épisiotomie serait responsable de dyspareunies les premières semaines du post-partum il a été montré que cela n'est plus applicable à distance de l'accouchement (13).

D'autres conséquences comme le risque hémorragique (3), (7), (13), même s'il est de faible importance et bien contrôlé, ont été démontrées mais non mentionnées par les sages-femmes interrogées. La notion de dysurie mentionnée par la sage-femme 1 ne fait pas état de haut niveau de preuve dans la littérature mais une étude cas clinique fait mention de l'épisiotomie comme facteur de risque à la rétention aiguë d'urine dans les 96 premières heures du post-partum (18).

Ces différents éléments nous montrent que notre hypothèse selon laquelle les conséquences de l'épisiotomie sont minimisées par les sages-femmes, est fautive. Comme mentionné dans les entretiens, elles considèrent les conséquences patientes dépendants, elles prennent les femmes dans leur intégrité avec leur vécu et leur propre représentation. Les sages-femmes interrogées ont conscience de l'impact de l'épisiotomie sur le corps de la femme et qu'un

tel acte peut engendrer de l'anxiété, être traumatisant et impacter les grossesses et accouchements futurs.

3.2) Indications de l'épisiotomie

Selon les sages-femmes interrogées certains facteurs spécifiques aux patientes peuvent prédisposer à avoir une épisiotomie : « *dames très pales, rousses* », « *la grande sportive* » ou les patientes « *qui on fait beaucoup d'infections vaginales* ». Ces notions se sont construites selon la propre expérience de nos interlocutrices sans que cela ait été prouvé par la littérature. Il est possible de retrouver des facteurs de risques aux déchirures périnéales mais il n'existe aucun facteur de risques précis à la réalisation d'une épisiotomie (1), (3).

Les recommandations du CNGOF de 2018 précisent que « *L'indication de l'épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction des facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel)* ». Cela laisse une grande possibilité à l'usage de l'épisiotomie même si elle se veut restrictive. Dans nos entretiens un consensus est retrouvé quant à l'indication de l'épisiotomie : sauvetage de l'enfant sur « *anomalies du rythme cardiaques foetal* » et extraction instrumentale, principalement forceps et spatules.

Concernant l'indication du sauvetage de l'enfant, deux d'études récentes en font mention. Cependant une revue de la littérature anglaise de 1980 à 1994 montre que l'usage de l'épisiotomie devant un tracé pathologique ne protège pas l'enfant à naître d'hémorragie intracrânienne ou d'asphyxie per-partum (19).

L'indication de l'épisiotomie systématique en cas d'extraction instrumentale n'est pas justifiée par la littérature. Les études confirment les propos des sages-femmes interrogées concernant le faible usage de l'épisiotomie associé à l'extraction par ventouse (20). Deux études rétrospectives portant sur la morbidité maternofoetale en relation avec l'épisiotomie associée à une extraction instrumentale montre que l'usage restrictif de l'épisiotomie augmente le taux de périnées intacts et de déchirures simple et une stabilité du taux de déchirures de haut degré (21), (23). Une étude de 2005 traitant des facteurs de risques de lésion du sphincter anal concluait que l'utilisation de forceps associée à une épisiotomie devait être restreinte (23). De manière générale selon des recommandations pour la pratique clinique basées sur une revue de la littérature de 1970 à 2005 « *si la systématisation de la pratique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (grade B), les conditions et l'indication même de cet accouchement assisté peuvent dans de nombreux cas indiquer cliniquement l'épisiotomie (avis d'expert). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (grade B)* » (20).

D'autres indications de l'usage de l'épisiotomie sont discutées dans de nombreuses études, telles que les manœuvres obstétricales et la macrosomie, les variétés postérieures persistantes, la présentation de la face, la présentation du siège, l'accouchement gémellaire, la nulliparité, les périnéales cicatricielles, la prématurité. Pour aucune de ces indications l'usage de l'épisiotomie a été démontré comme étant un facteur protecteur, tant pour le versant fœtal que maternel (20).

Notre hypothèse selon laquelle l'épisiotomie est un geste chirurgical réalisé sans indication précise, seulement selon l'expérience de la sage-femme se révèle être exacte. En effet aucun haut niveau de preuve fait mention d'indication précise de l'épisiotomie. Son bon usage se fait selon le jugement clinique de l'opérateur qui évaluera sa nécessité selon son expérience et les conditions obstétricales.

3.3) Influence de l'obstétricien de garde

Dans notre analyse il a été fait mention de l'influence de la présence de l'obstétricien de garde sur l'usage de l'épisiotomie par la sage-femme, on peut se demander si cela est bénéfique. En effet comme l'épisiotomie est réalisée selon l'avis de l'opérateur, pour une sage-femme débutante l'expérience d'un confrère peut être utile à sa décision, cependant selon les dires des sages-femmes interrogées ce sont seulement les « vieux gynéco » qui les ont incitées à réaliser une épisiotomie, alors peut-être leur jugement est influencé par la pratique systématique de l'épisiotomie qui était de rigueur avant les recommandations de 2005 et leur avis pourrait être remis en question. Dans tous les cas la sage-femme ne devrait pas se sentir obligée de réaliser une épisiotomie sous l'influence de l'obstétricien sans qu'il soit acteur de ce geste. Dans ce contexte l'indépendance professionnelle de la sage-femme est en vigueur, comme le précise l'article R.4127-307 du code de déontologie des sages-femmes (28).

Article R.4127-307 du code de déontologie des sages-femmes :

« La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit »

3.4) Information et consentement

Il ressort de nos entretiens que la salle de naissance n'est pas le lieu adéquat pour informer la patiente sur l'épisiotomie et qu'il serait préférable d'aborder le sujet au cours de la préparation à l'accouchement. Cela confirme notre hypothèse selon laquelle l'information donnée sur l'épisiotomie est insuffisante en salle de naissance pour que les parturientes puissent donner un consentement libre et éclairé à la réalisation de cet acte. Étant donné que c'est la sage-femme de salle de naissance qui réalise l'épisiotomie : elle a l'obligation d'informer la patiente des actes

pratiqués sur sa personne et de recueillir préalablement son consentement libre et éclairé selon les articles L.1111-2 et L.1111-4 du code de la santé publique (25), (26).

Article L.1111-2 du code de la santé publique :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

Article L.1111-4 du code de la santé publique :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »

Un nouveau dilemme se présente alors, à savoir à quel moment du travail en salle de naissance la sage-femme doit délivrer cette information. L'épisiotomie n'étant pas un geste systématique il serait anxiogène, comme le précise les sages-femmes interrogées, de mentionner cette intervention avant la phase d'expulsion. Mais le mentionner seulement à la phase d'expulsion ne permettrait pas à la patiente de donner son consentement puisque l'usage de l'épisiotomie se fait en dernier recours, le temps donné à la patiente et les circonstances font que ce consentement ne peut être qualifié de « *libre et éclairé* ».

Selon nos entretiens de manière général l'épisiotomie est réalisée sans le consentement libre et éclairé de la patiente, ce qui confirme notre hypothèse que le consentement de la patiente n'est pas obtenu pour réaliser une épisiotomie. Cependant la volonté de la patiente est essentielle et doit être respecté selon l'article R.4127-306 du code de la santé publique (27).

Article R.4127-306 du code de la santé publique :

« La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf

urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant. »

Pour passer outre le consentement de la patiente il faudrait alors que l'épisiotomie soit définie dans les textes de loi en « *geste d'urgence* », comme le considère déjà les sages-femmes qui ont participé à notre étude.

4. Perspectives de perfectionnement

Afin d'affiner et de nuancer nos propos il aurait été intéressant de réaliser un plus grand nombre d'entretiens et d'intégrer des sages-femmes de différents établissements. Ceci aurait pu faire émerger d'autres notions et alimenter notre discussion sur la représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et l'information qu'elles apportent aux parturientes.

Dans l'éventualité d'un travail plus conséquent il serait intéressant de confronter la représentation des sages-femmes et celle des obstétriciens étant donné que les sages-femmes interrogées estiment que l'épisiotomie est un geste majoritairement réalisé par les obstétriciens et les internes. De même un état des lieux par une étude quantitative du type « épisiotomie réalisée par les sages-femmes versus épisiotomie réalisées par les obstétriciens » pourrait être intéressante pour le vérifier au CHRU de Brest.

5. Propositions

A l'issue de ce mémoire et compte tenu des résultats obtenus nous prenons conscience qu'il existe encore un gros travail à réaliser quant à l'information et au consentement de l'épisiotomie et à plus grande échelle sur tout acte invasif qui pourrait être imposé à la patiente dans des situations que l'on pourrait qualifier d'urgentes (césariennes, extractions instrumentales...). Pour donner une information précise, ouvrir une possibilité au dialogue et favoriser l'obtention d'un consentement libre et éclairé il serait intéressant d'évaluer l'utilité de la mise en place d'une fiche faisant mention des indications, des conséquences, des bénéfices... de ces différents actes telle que l'épisiotomie. Cette fiche pourrait être remise au cours de la grossesse et serait à rendre contre signature de la patiente le jour de l'accouchement indiquant qu'elle a pris connaissance de ces différentes possibilités qui pourraient être nécessaires dans son intérêt et/ou celui de son enfant à naître. Elle ne remplace cependant pas la relation de confiance qui doit s'installer entre patiente, couple et les professionnels de santé.

Cette fiche d'information pourrait être un outil supplémentaire en plus de l'entretien prénatal, le projet de naissance qui sont des outils prévus par la réglementation pour favoriser la qualité de la prise en charge des patientes dans leur parcours obstétrical. Cela favoriserait la

continuité dans l'accompagnement pré, per et postnatal du suivi global ou semi-global. L'association de ces différents outils permettrait de favoriser le suivi personnalisé, au plus proche des attentes du couple et de faire de la patiente un partenaire des soins.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patientes mais aussi de protéger les sages-femmes et tout autre personnel de santé sur le plan juridique.

V. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière que l'épisiotomie est un acte chirurgical réalisé en salle de naissance au moment de l'expulsion par les sages-femmes et obstétriciens sans que ses indications et ses avantages ne soit clairement démontrés. C'est le jugement clinique prudent et pertinent de l'opérateur qui dictera le bon usage d'une épisiotomie.

La représentation des sages-femmes de l'épisiotomie dans notre étude paraît être celle d'un geste à réaliser en dernier recours pour accélérer la naissance dans l'intérêt de l'enfant. Son usage est fait en ayant conscience des conséquences qu'un tel acte peut engendrer pour la patiente. Les conséquences physiques telles que la douleur, les dyspareunies, la rétention aiguë d'urine sont des notions essentielles de la représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes. Il en est de même pour les conséquences psychiques, l'anxiété et le traumatisme que peut ressentir la patiente. Ces notions bien intégrées par les sages-femmes de notre étude renforcent l'usage restrictif de l'épisiotomie et rend l'exercice de ce geste exceptionnel.

L'information sur l'épisiotomie apportée en salle de naissance est à ce jour insuffisante. Elle ne permet pas l'obtention d'un consentement libre et éclairé à la réalisation de ce geste. Quand bien même le consentement n'est pas obtenu, l'épisiotomie est réalisée si elle est estimée nécessaire bien que cela en fasse une violation du consentement de la patiente. Les sages-femmes s'exposent à une sanction disciplinaire en procédant de la sorte en salle de naissance. Comme le montre la décision de la jurisprudence de la chambre de première instance concernant « *l'instance N°2017-02* » : La sage-femme a été sanctionnée d'un blâme pour « *absence d'information sur la pratique d'une épisiotomie par la sage-femme, en prenant en compte le caractère invasif de cet acte est un manquement à son devoir d'information.* » (24).

La reconnaissance d'avoir été informé doit devenir un standard sans pour autant déresponsabiliser les professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions, ni effrayer les parturientes.

VI. Bibliographie

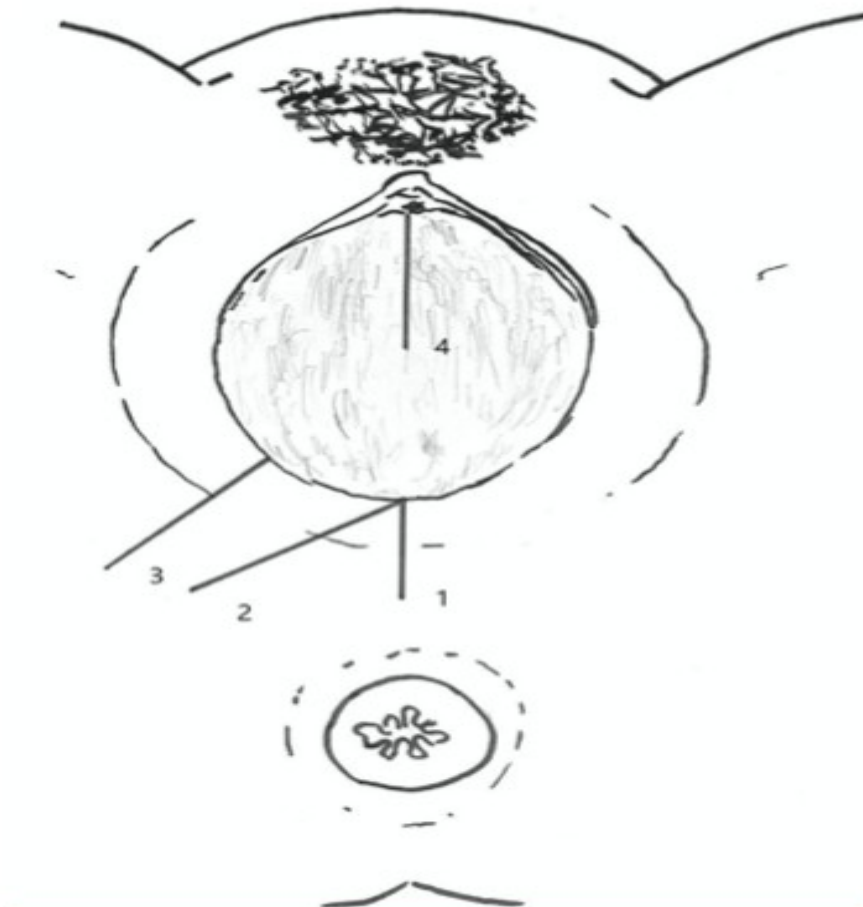
1. Marty N, Verspyck E. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. Déc 2018;46(12):94867.
2. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Sept 2005;34(5):513.
4. Emma. Episiotomie : vos réactions [Internet]. Emma. 2016 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://emmaclit.com/2016/06/22/episiotomie-vos-reactions/>
5. Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
6. Reinbold D, Éboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Févr 2012;41(1):628
7. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. 2014;17.
8. Delafoy E. Informations reçues et vécu des femmes: à propos de l'épisiotomie. :70.
9. Gazin J. La réfection des épisiotomies au CHRU de Brest: état des lieux des pratiques professionnelles six ans après la mise en place du protocole de service. :34.
10. Dibie-Krajcman D. Accouchement par voie basse et obligation d'information – Cour de cassation 23 janvier 2019. La Revue Sage-Femme. Nov 2019;18(5):27880.
11. Pierrepont C de. La sexualité post-partum dans les fora internet: Socialisation entre pairs et transmission des savoirs. Civilisations. 28 juin 2010;(591):10927.
12. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical.
13. B.Langer,A.Minetti. RCP-Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. MASSON,Paris; 2006.
14. Reading AE, Sledmere CM, Cox DN, Campbell S.How women view postepisiotomy pain. *BMJ* 1982; 284: 243-6.
15. Berthet J, Pache P, Racinet C. Evaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985; 14: 769-73.

16. McArthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1199-204
17. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004
18. Guiheneuf A, Weyl B. Rétention aiguë d'urine du postpartum. À propos de deux cas et revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Oct 2008;37(6):6147.
19. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part 1&2.
20. 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*. Févr 2006;35:329.
21. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115:1688–94.
22. Bofill JA, Rust OA, Schorr SJ, Brown RC, Martin RW, Martin JN. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1325–30.
23. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 875-81.
24. [ordre-sages-femmes.docjurisprudence-DOSSIER RC.pdf](#).
25. Code de la santé publique - Article L1111-2 | Legifrance.
26. Code de la santé publique - Article L1111-4 | Legifrance.
27. Code de la santé publique - Article R.4127-306 | Legifrance
28. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Paris : Edition Novembre 2012:144 p.

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Schéma des différents types d'épisiotomies.

1-épisiotomie médiane. 2-épisiotomie médio-latérale. 3-épisiotomie latérale. 4-épisiotomie latérale. (1)



2. Annexe 2 : Feuille d'information et de consentement

Feuille d'information et de consentement

Bonjour je m'appelle Gonzalez Lena, je suis actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Brest en 5ème année. Dans le cadre du diplôme d'état de sage-femme, je réalise un mémoire sur la représentation de l'épisiotomie chez les sages-femmes exerçant en salle de naissance. Ce mémoire sera basé sur des entretiens anonymes d'une durée de 30 minutes, utilisés dans un but strictement scientifique.

Si vous acceptez de m'accorder un peu de votre temps , merci de me laisser vos coordonnées pour que je puisse vous joindre afin de m'entretenir avec vous et de remettre cette feuille dans l'enveloppe prévu a cet effet.

Je soussigné(e) certifie avoir reçu une information loyale, claire et appropriée et accepte de participer à l'étude en cours.

- Numéro de téléphone (fixe et/ou portable) :
- Adresse mail :

Signature de la sage-femme

3. Annexe 3 : Guide d'entretien

Consigne

Bonjour je m'appelle Lena Gonzalez, je suis actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Brest en 5ème année. J'effectue un mémoire de fin d'étude dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état. Le sujet abordé est la représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et l'information donnée en salle de naissance. Si vous ne voyez aucun inconvénient cet entretien sera enregistré et j'effectuerai une prise de note afin de le retranscrire au mieux notre échange. Cet entretien est anonyme de ce fait votre nom n'apparaîtra pas dans ce mémoire.

Thèmes et Questions

Considération de l'épisiotomie par les sage-femme :

- Comment définissez-vous l'épisiotomie ?
- Quelles conséquences cet acte peut il engendrer ?
- Comment qualifiez-vous les conséquences d'une épisiotomie ?

Intégration de son expérience professionnelle et des recommandations du CNGOF dans le raisonnement clinique :

- Quelles sont les recommandations pour réaliser une épisiotomie ?
- Comment intégrez-vous ces recommandations dans votre raisonnement clinique ?
- Que pensez-vous en compte pour réaliser une épisiotomie ?
- Quels sont les critères qui vous orientent vers la réalisation d'une épisiotomie ?

Information et consentement de l'épisiotomie

- Vous paraît-il nécessaire d'aborder le thème de l'épisiotomie au cours du travail en salle de naissance ?
- Quelles informations donnez-vous sur l'épisiotomie en salle de naissance ?
- Que transmettez-vous sur les conséquences de l'épisiotomie ?
- Quelles informations vous paraissent nécessaire à transmettre pour obtenir un consentement libre et éclairé de la patiente pour réaliser une épisiotomie ?

VIII. Résumé

Objectifs : Recueillir la représentation de l'épisiotomie chez les sages-femmes de salle de naissance, comprendre leur raisonnement et les critères qui les amènent à intégrer ou non les recommandations du CNGOF dans l'exercice de leurs fonctions. Comprendre la place accordée à l'information et au consentement de la patiente en salle de naissance.

Matériel et méthodes : Étude qualitative réalisée par des entretiens semi-directifs, sur la période de novembre 2019 à Janvier 2020, auprès de sept sages-femmes exerçant CHRU de Brest.

Résultats : L'épisiotomie est un geste chirurgical de moins en moins réalisé par le corps médical. Ses indications principales seraient le sauvetage de l'enfant devant des anomalies du rythme cardiaque foetal et les extractions instrumentales. Les conséquences d l'épisiotomie sont patientes dépendant, dans un premier temps physique et pour certaines patientes des conséquences psychiques persistent. Ce geste fait partie des compétences de la sage-femme mais il semblerait qu'aujourd'hui les épisiotomies sont surtout réalisées par les internes ou les obstétriciens de garde. L'information concernant l'épisiotomie est très peu développée en salle de naissance et la place du consentement est un sujet complexe pour lequel un consensus n'a pas été trouvé chez les sages-femmes interrogées.

Conclusion : La représentation des sages-femmes de l'épisiotomie est celle d'un geste à réaliser en dernier recours pour accélérer la naissance dans l'intérêt de l'enfant. Son usage est fait en ayant conscience des conséquences physiques et psychiques qu'un tel acte peut engendrer pour la patiente. C'est le jugement clinique prudent et pertinent de l'opérateur qui dictera le bon usage d'une épisiotomie. L'information sur l'épisiotomie apportées en salle de naissance est à ce jour insuffisante. Un consentement libre et éclairé est rarement obtenu, cela en fait une violation du consentement de la patiente. Les sages-femmes s'exposent à une sanction disciplinaire en procédant de la sorte en salle de naissance.

Mots clés : épisiotomie, sage-femme, conséquences, indications, recommandation, information, consentement.

Titre : « Représentation de l'épisiotomie par les sages-femmes et informations données aux parturientes en salle de naissance. »

Auteur : Lena Gonzalez