

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

FREINS ET FACTEURS FAVORISANT LA SUTURE 1 FIL, 1 NOEUD CHEZ LES SAGES-FEMMES ET LES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS : UNE ETUDE QUANTITATIVE TRANSVERSALE SUR LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

Clara MARCHAL

Née le 29 avril 1998

Année universitaire 2021-2022

GAUCHER Laurent, Professeur Assistant, Haute Ecole de Santé de Genève Directeur de mémoire
SEVELLE Bérangère, Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-B. Guidante

Remerciements :

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Laurent Gaucher pour avoir accepté de guider ce mémoire, pour ces précieux conseils et pour le temps qu'il a consacré à ce travail.

Bérangère Sevelle, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité, son soutien et ses réajustements toujours pertinents.

Les cadres et coordinatrices de services qui ont permis la diffusion de mon questionnaire aux équipes.

Les sages-femmes et gynécologues obstétriciens qui ont accepté de participer à cette étude.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse pour leur disponibilité et leur soutien au cours de ces quatre dernières années. A Paola Bonhoure pour sa bienveillance dont elle a su faire preuve face à notre promotion durant deux ans.

Ma promotion pour tous les bons moments que l'on aura passés ensemble.

Clarisse, Floriane, Laura, Marie, Mélanie ainsi que Roxane pour tout ce que l'on a pu partager au cours de cette formation. Merci de m'avoir fait tant rire, d'avoir été des oreilles attentives lorsque j'en avais besoin, de m'avoir soutenue et encouragée.

Mes parents, mon frère et Amélie pour leur présence et leur soutien depuis le début de mes études.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. MATERIEL ET METHODE	5
1.1 L'étude	5
1.2 La population étudiée	5
1.2.1 Critères d'inclusion	5
1.2.2 Critères d'exclusion	5
1.3 Critère de jugement	5
1.4 Outil utilisé	5
1.5 Recueil et analyse de données	6
1.6 Aspect éthique et réglementaire	6
2. RESULTATS	7
2.1 Descriptif de la population	7
2.2 Descriptif des pratiques	7
2.2.1 Méthode utilisée préférentiellement	7
2.2.2 Raison principale du choix de la technique de suture	8
2.2.3 Connaissance des recommandations du CNGOF	8
2.2.4 La pratique de la suture 1 fil, 1 nœud	8
2.3 Analyse comparative des valeurs	9
2.4 Les avantages et inconvénients de la suture 1 fil, 1 nœud	12
3. DISCUSSION	17
3.1 Forces et limites de l'étude	17
3.1.1 Les points forts	17
3.1.2 Les limites et les biais de l'étude	17
3.2 Comparaison à la littérature	19
3.2.1 Le choix des professionnels pour la réfection périnéale	19
3.2.2 La formation des professionnels à la réfection périnéale	21
3.2.3 Les avantages retrouvés	23
3.2.4 Les inconvénients retrouvés	28
3.3 Perspective d'amélioration	29
3.3.1 La formation initiale des sages-femmes	30
3.3.2 La formation continue des sages-femmes	31
3.3.3 De nouvelles études portées sur les avantages du 1F1N	32
CONCLUSION	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXES	37

Abréviations :

1F1N : 1 fil, 1 nœud

3PS : 3 plans séparés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

GO : Gynécologue - obstétricien

QCM : questionnaire à choix multiples

RPC : recommandations pour la pratique clinique

TP : Travaux Pratiques

INTRODUCTION

Il existe deux façons de procéder au cours d'un accouchement : celui de ne pas intervenir au risque qu'il y ait une déchirure périnéale potentiellement grave (Annexe 1) et celui d'être interventionniste en réalisant une épisiotomie pouvant être inutile si pratiquée de manière systématique. En effet, ce geste réalisé en routine ne prévient pas le risque d'incontinence urinaire ni celui d'incontinence anale par la suite. (1) Sa pratique systématique n'est donc pas recommandée car plus traumatique que bénéfique. Le taux d'épisiotomie est variable d'un pays à l'autre. Il était de 24,5% en 2004 aux Etats Unis (2), de 91% en Thaïlande en 2005 et de 17% en Australie.(3) En France cette pratique tend à diminuer, représentant 48% des accouchements en 2003 (68% chez la primipare et 31% chez la multipare) contre 20% en 2016.(1) (4)

L'enquête déclarative du CIANE souligne que sur la période 2010-2013, 75% des femmes ayant eu une épisiotomie en ont souffert, notamment la première semaine et le premier mois, malgré des biais de sélection évidents. (5) L'étude de B. Langer révèle qu'à 3 mois du post-partum 10 à 26% des patientes signalaient des douleurs périnéales, la plupart attribuaient ces douleurs à l'épisiotomie. (6)

La réfection de l'épisiotomie et des déchirures périnéales peut se faire par les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens.

Deux techniques de sutures sont répertoriées. La première est dite en 3 plans séparés. Il s'agit de suturer dans un premier temps le vagin en réalisant un surjet, puis des points séparés ou en X sur les muscles périnéaux, l'opérateur réalise ensuite des points séparés ou un surjet au niveau de la peau. (7)(Annexe 2) L'autre méthode est celle dite du « 1fil, 1noeud ». Un nœud est réalisé au sommet de l'incision vaginale puis le vagin, les muscles périnéaux, le plan sous cutané ainsi que le plan cutané sont suturés en réalisant un surjet continu. La suture se termine en réalisant la technique du « fil perdu dans la fesse » qui consiste à piquer l'aiguille en sous-cutanée, la faire ressortir à 1-2cm puis couper le fil à ras afin de l'enfouir. (8) (9) (Annexe 3) L'article de C.Kettel publié dans la bibliothèque Cochrane inclut 16 études issues de huit pays. La méta analyse a montré que la suture continue semblait être associée à une diminution de la douleur en post partum, d'une plus faible

consommation d'analgésiques (RR=0,70 IC 95% 0,57 à 0,84) ainsi qu'une réduction du retrait des sutures. (10) L'étude de Martinez Galiano menée dans des hôpitaux espagnols entre novembre 2016 et mai 2018 conclut à une diminution de la douleur en post partum à 3 mois dans le groupe de la suture 1 fil, 1 nœud. En effet la douleur ressentie par les femmes du groupe de sutures continues a été évaluée à $3,4 \pm 0,3$ contre $4,4 \pm 0,3$ (p-value = 0,011). De plus, 4,3% des patientes du groupe d'intervention (sutures continues) ont ressenti une incontinence urinaire à 15 jours du post partum. Elles étaient 18,8% dans le groupe de référence (p-value = 0,003). (11)

Cependant, l'étude de Valenzuela menée en Espagne en 2009 ne retrouve pas de différence statistiquement significative de la douleur à 2 jours, 10 jours et 3 mois du post-partum. (12) De même, l'étude de Kokonali de 2011 ne montre pas de différence significative de la douleur à 10 jours du post partum et pendant les rapports sexuels 6 semaines après l'accouchement. (13)

En 2005, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français avait publié des recommandations pour la pratique clinique concernant l'épisiotomie préconisant l'usage du surjet continu pour leur réfection : « Sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes (Grade A). » (1) De nouvelles RCP « Prévention et protection périnéale en obstétrique » sont publiées en 2018 : « Il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré (grade A). ». (14)

Cependant, il ne semble pas que ces recommandations soient appliquées de manière uniforme. Le mémoire de fin d'étude de Marion Dulinski sur les freins au changement de technique de suture « 1 fil, 1 nœud » réalisé en 2014 révèle de 84,8% des sages-femmes et gynécologues obstétriciens du Limousin ne pratiquent pas la méthode de suture 1 fil, 1 nœud ». (7) Le mémoire de Pauline Cailliet effectué dans la région Nord-Pas-De-Calais en 2017 montre également que seulement 37% des professionnels utilisent la technique de suture « 1 fil, 1 nœud » pour la réfection des épisiotomies. (15)

Au regard de 2005, année des premières recommandations du CNGOF sur la technique de suture à employer, l'objectif principal de ce mémoire était alors de déterminer si la

formation initiale des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens est un facteur favorisant la pratique de la méthode 1 fil, 1 nœud. Ainsi, nous avons également cherché à savoir si l'année de l'obtention du diplôme joue un rôle sur la méthode utilisée préférentiellement dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 L'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à partir d'un questionnaire électronique distribué au sein des départements du Rhône, de l'Ain et de la Loire.

Le recueil de données s'est effectué du 20 septembre au 15 décembre 2021.

1.2 La population étudiée

La population étudiée était les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens travaillant en salle d'accouchements dans les maternités du Rhône, de l'Ain et de la Loire

1.2.1 Critères d'inclusion

- Professionnels de santé travaillant en salle d'accouchement habilités à réaliser des réfections périnéales

1.2.2 Critères d'exclusion

- Etudiants hospitaliers (externes et étudiants sages-femmes)
- Internes en médecine générale et en gynécologie - obstétrique

1.3 Critère de jugement

Le critère de jugement principal est l'utilisation ou non de la méthode de suture 1fil, 1nœud.

Les autres critères étudiés sont :

- L'année de l'obtention du diplôme : diplômé avant versus après 2005
- Le nombre de naissances dans la maternité d'exercice par année

1.4 Outil utilisé

Nous avons utilisé un questionnaire électronique composé de 23 questions à choix multiple. Vingt d'entre elles étaient à réponse unique et 3 à réponses multiples.

1.5 Recueil et analyse de données

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel Claroline Connect. Un lien a été envoyé aux cadres et coordinatrices des différentes maternités publiques du Rhône, de l'Ain et de la Loire afin d'y avoir accès. Plusieurs relances ont été nécessaires. Au total nous avons récupéré 260 questionnaires mais seulement 179 étaient exploitables.

Les données ont été exportées en tableaux Excel directement à partir des résultats sur Claroline Connect.

Pour réaliser les comparaisons et les tests statistiques nous avons utilisé le logiciel RStudio.

1.6 Aspect éthique et réglementaire

Le synopsis, le registre de traitement de recherche ainsi qu'un engagement de confidentialité signé ont été transmis à l'unité de Recherche Clinique du centre Hospitalier de Fleyriat. Cela a permis d'obtenir les autorisations nécessaires pour cette étude.

Le lien du questionnaire a été envoyé aux cadres et coordinatrices qui donnaient par la suite leur accord. Concernant le Centre Hospitalier de la Croix Rousse, un accord du Professeur Dubernard était nécessaire. Il a été obtenu par email.

Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

2. RESULTATS

Nous avons recueilli 179 questionnaires complets qui ont pu être exploités.

2.1 Descriptif de la population

	N	%
Profession exercée	155 Sages-femmes	86,59%
	24 Gynécologues Obstétriciens	13,41%
Temps de travail en salle de naissance	12 Moins de 25%	6,70%
	54 De 25 à 50%	30,17%
	70 De 51 à 80%	39,11%
	43 Plus de 80%	24,02%
Expérience professionnelle en salle de naissance	Moins d'un an	4,47%
	Entre 1 an et 5 ans	33,52%
	Entre 6 ans et 10 ans	20,11%
	Entre 11 ans et 15 ans	21,79%
	Entre 16 ans et 20 ans	8,38%
	Plus de 20 ans	11,73%
Type de maternité	34 professionnels en Type 1	18,99%
	76 professionnels en Type 2	42,46%
	69 professionnels en Type 3	38,55%
Méthode(s) de réfection de épisiotomies enseignée au cours des études	23 Uniquement le 1F1N	12,85%
	77 Uniquement la technique des 3 plans	43,02%
	79 Les deux techniques	44,13%

Tableau 1 : Description de la population étudiée

2.2 Descriptif des pratiques :

2.2.1 Méthode utilisée préférentiellement

Il a été demandé aux participants de l'étude (n=179) quelle méthode de suture ils utilisaient préférentiellement lors de la réfection des épisiotomies. 63.13% d'entre eux déclarent privilégier la suture 1F1N tandis que 36.87% choisissent la suture en 3 plans.

2.2.2 Raison principale du choix de la technique de suture :

Afin de comprendre pourquoi les professionnels préféraient une technique de suture plutôt qu'une autre, il leur a été demandé de choisir parmi une liste définie une raison principale.

49.16% des participants choisissent une technique de suture pour la réfection des épisiotomies car ils affirment en connaître les avantages. Pour 35.20% de la population étudiée le choix se fait en fonction de la dextérité personnelle. 12.29% des professionnels interrogés utilisent une technique de suture car ils ne disposent pas de formation pour les autres. Enfin, les habitudes de service motivent le choix de 3.35% d'entre eux.

2.2.3 Connaissance des recommandations du CNGOF

Nous avons demandé aux participants (n=179) s'ils connaissaient les recommandations concernant la méthode à privilégier pour réfection des épisiotomies.

Pour rappel, le CNGOF précise : « Il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu dans la réparation des épisiotomies et des déchirures du 2^e degré (grade A). ». (14)

Il en ressort que 52,51% des professionnels interrogés ne connaissent pas les recommandations du CNGOF sur la technique de suture à privilégier pour la réfection des épisiotomies.

2.2.4 La pratique de la suture 1 fil, 1 nœud :

Le questionnaire interrogeait les participants sur leur pratique de la technique de suture 1F1N. 69.83% des professionnels participant à l'étude disent pratiquer la suture 1F1N. Il arrive donc à certains d'utiliser cette technique de suture sans qu'elle soit pour autant leur méthode de référence dans la réfection des épisiotomies.

2.3 Analyse comparative des valeurs

L'objectif principal de ce mémoire est de savoir si la formation initiale des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens est un facteur influençant la technique de suture utilisée.

Ainsi nous avons émis l'hypothèse que les professionnels n'ayant pas appris la suture 1F1N au cours de leur formation initiale ne la pratiquaient pas lors des réfections des épisiotomies.

Nous avons alors demandé aux personnes ne pratiquant pas cette technique de suture s'ils l'avaient apprise au cours de leurs études. De même, nous avons demandé à ceux l'utilisant s'ils avaient eu connaissance de cette méthode au cours de leur formation initiale ou via un autre moyen (formation continue, recommandations de service ou congrès). Les résultats de ce questionnaire sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Pratique du 1F1N +	Pratique du 1F1N -	Totaux
Formation initiale +	83 (81,37%)	19 (18,63%)	102 (56,98%)
Formation initiale -	42 (54,55%)	35 (45,45%)	77 (43,01%)
Totaux	125 (69,83)	54 (30,17%)	179

Tableau 2 : Pratique de la suture 1F1N en fonction de l'apprentissage de la technique de suture au cours de la formation initiale

Le fait d'avoir appris au cours de la formation initiale la technique de suture 1F1N favorise sa pratique par la suite de manière significative ($\chi^2 = 14,99$, $p < 0.001$)

66,4% des personnes utilisant la suture 1F1N ont appris la méthode au cours de leur formation initiale. Ils sont 18,4% à la connaître via les recommandations du service dans lesquels ils travaillent. 8,8% d'entre eux l'ont apprise par la formation continue et 6,4% à l'occasion de congrès.

Un des objectifs secondaires de ce travail était de savoir si l'année de l'obtention du diplôme influençait la méthode utilisée préférentiellement dans la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré.

Les premières recommandations du CNGOF sur la technique du surjet continu datent de 2005. Nous avons alors émis l'hypothèse que les sages-femmes diplômées et les gynécologues obstétriciens reçus en 1^{ère} année d'internat avant 2005 pratiquaient moins la technique 1F1N que ceux après cette date.

Il a été demandé aux participants qui pratiquaient et qui ne pratiquaient pas le 1F1N d'indiquer s'ils avaient fini leur formation initiale avant 2005. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Pratique du 1F1N +	Pratique du 1F1N -	Totaux
Avant 2005	19 (54,28%)	16 (45,71%)	35 (19,55%)
Après 2005	106 (73,61%)	38 (26,39%)	144 (80,45%)
Totaux	125 (69,83%)	54 (30,17%)	179

Tableau 3 : Pratique de la suture 1 fil, 1 nœud avant versus après 2005

Le fait d'avoir terminé sa formation initiale avant 2005 réduit de manière significative la pratique de la suture 1 fil, 1 nœud ($\chi^2=4,99$ avec $p=0.025$)

Enfin, nous voulions savoir si le nombre de naissances annuel dans la maternité d'exercice avait une influence sur la pratique de la suture 1F1N.

Nous avons fait l'hypothèse que plus le nombre de naissances était important plus les professionnels pratiquaient la suture 1F1N.

Ainsi, il a été demandé aux participants de choisir une catégorie comprenant le nombre de naissances annuel dans leur maternité d'exercice. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Nombre de naissance par an	Utilisent le 1F1N	N'utilisent pas le 1F1N	Totaux
<1000	3 (50%)	3 (50%)	6 (3,35%)
1000-1499	13 (52%)	12 (48%)	25 (13,97%)
1500-1999	28 (73,68%)	10 (26,32%)	38 (21,23%)
2000-2499	28 (70%)	12 (30%)	40 (22,35%)
2500-3000	8 (88,89%)	1 (11,11%)	9 (5,03%)
>3000	45 (73,77%)	16 (26,23)	61 (34,08%)
Totaux	125 (69,83%)	54 (30,17%)	179

Tableau 4 : Pratique de la suture 1 fil, 1 nœud en fonction du nombre de naissances annuel dans la maternité d'exercice

Il n'existe pas de différence statistiquement significative pour la pratique de la suture 1F1N relatif au nombre de naissances annuel dans la maternité d'exercice ($p = 0,2$).

2.4 Les avantages et inconvénients de la suture 1 fil, 1 nœud

Nous avons demandé aux participants pratiquant la technique de suture 1F1N les avantages qu'ils trouvaient à cette méthode. Ils pouvaient alors choisir un à plusieurs bénéfices dans une liste prédéfinie. Les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous :

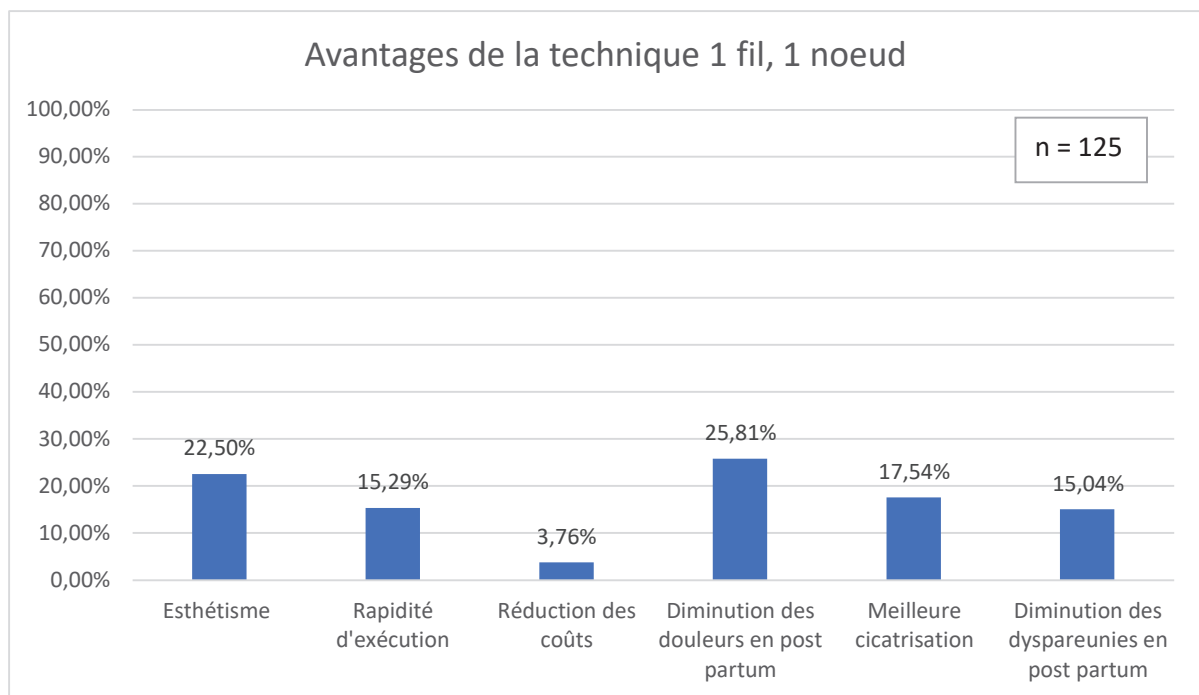


Figure 1 : Avantages retrouvés de la suture 1 fil, 1 nœud chez les professionnels pratiquant cette technique

Nous pouvons également noter que 19.20% des professionnels pratiquant la suture 1F1N associent 5 des 6 avantages proposés : l'esthétique – la rapidité d'exécution - la diminution des douleurs en post-partum - une meilleure cicatrisation ainsi qu'une diminution des dyspareunies en post partum.

Le CNGOF recommande le surjet continu pour la réfection des épisiotomies et des déchirures du second degré (15). Ainsi, nous avons interrogé les personnes utilisant cette technique de suture afin de savoir si elles l'utilisaient également sur les périnées du second degré si les éléments cliniques le permettaient.

Nous avons obtenu une réponse positive de 119 professionnels, soit 95,2% des personnes interrogées.

Par la suite nous avons choisi de nous intéresser à la population de professionnels n'utilisant pas la suture 1F1N lors de la réfection des épisiotomies.

Ainsi nous les avons interrogés dans un premier temps sur la raison principale de leur choix. Les résultats sont présentés sur le graphique ci-dessous :

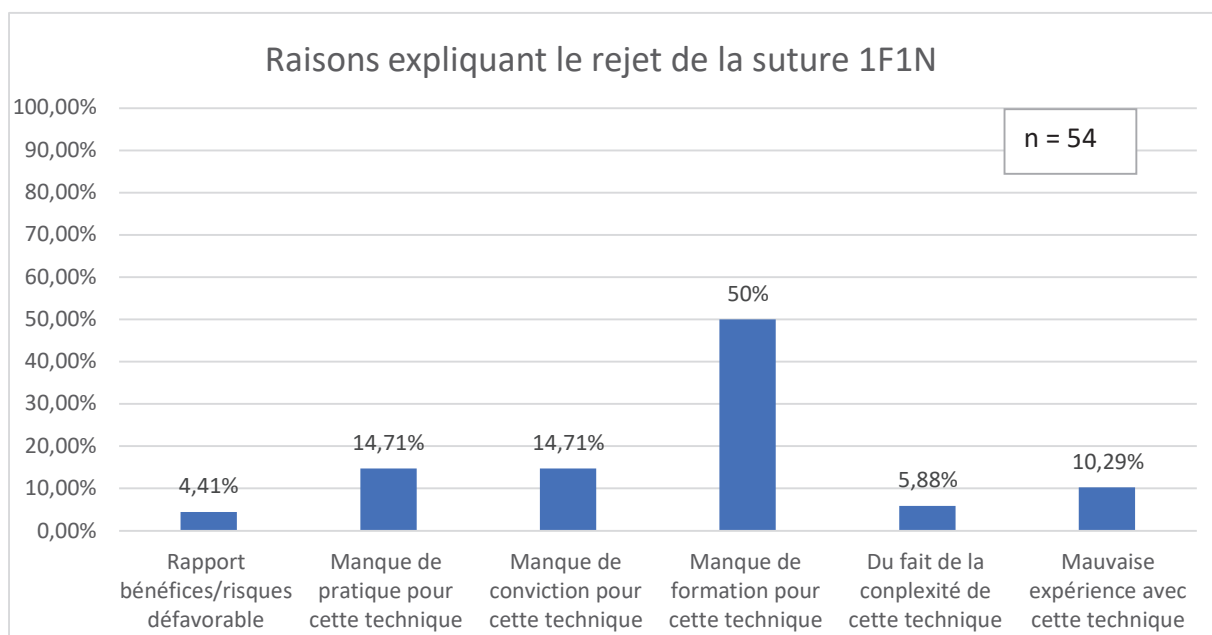


Figure 2 : Raison pour laquelle les participants n'utilisent pas la technique 1fil, 1noeud chez les professionnels ne pratiquant pas cette méthode

De même, nous les avons interrogés sur les inconvénients qu'ils trouvaient à cette technique. Ainsi les participants pouvaient choisir un ou plusieurs défauts dans une liste prédéfinie. Les résultats sont visibles sur le graphique ci-dessous :

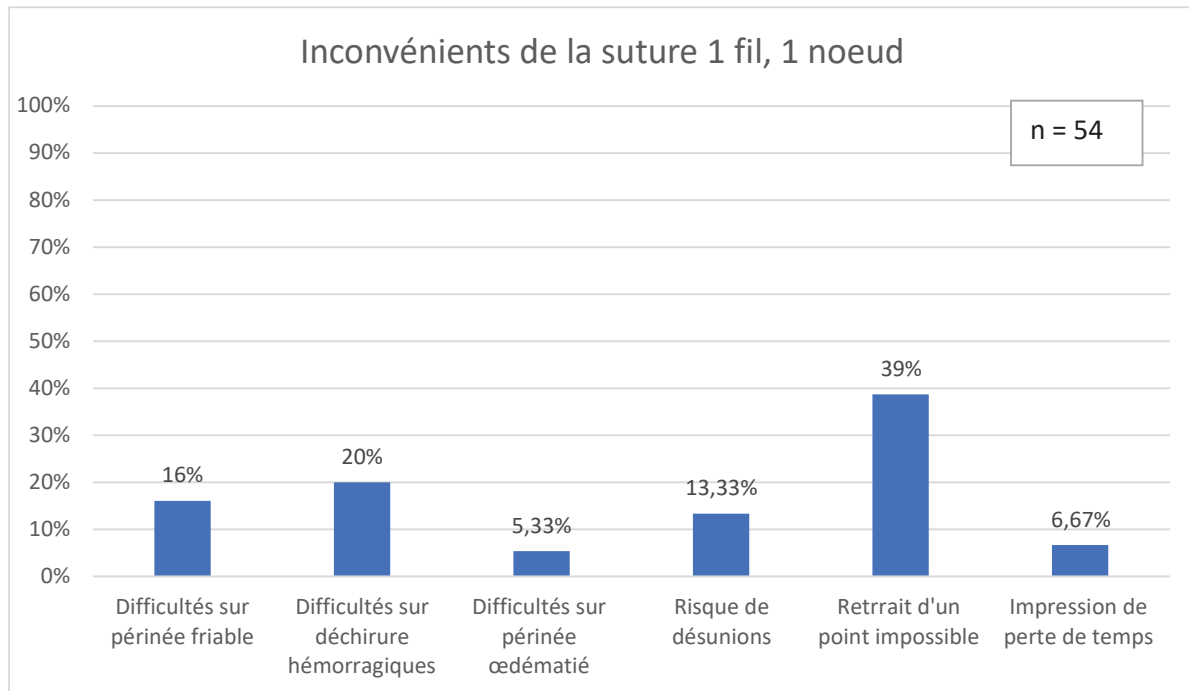


Figure 3 : Inconvénients retrouvés de la suture 1 fil, 1 noeud chez les professionnels ne pratiquant pas cette méthode de suture

Nous leur avons demandé si, après avoir été informés des recommandations et des avantages de la suture 1F1N ils seraient prêts à changer leurs habitudes. Une réponse positive a été apportée par 68,52% des personnes interrogées. Les raisons évoquées par les 41,18% de la population interrogée ayant apporté une réponse négative sont :

- L'appréhension de perdre la maîtrise d'une technique pour 29,4% d'entre eux.
- La volonté de ne pas changer leurs habitudes pour 17,65% d'entre eux.
- La crainte de réapprendre une nouvelle méthode pour 11,76% d'entre eux.

Enfin, nous avons interrogé l'ensemble des participants sur le meilleur moyen d'apprentissage d'une technique de suture. Pour 63,69% des professionnels il s'agit du compagnonnage alors qu'il s'agit des travaux pratiques pour 24,49% d'entre eux. Nous trouvons ensuite les films avec 7,26% des réponses. L'apprentissage par des schémas ne convainc que 0.56% des interrogés.

3. DISCUSSION

3.1 Forces et limites de l'étude

3.1.1 Les points forts

Notre étude s'est portée au sein de plusieurs maternités dans différents départements. Cela nous permet d'obtenir un constat plus élargi. De plus, nous avons choisi d'interroger à la fois les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. Bien que nous n'ayons pas étudié de manière distincte les deux professions, nous obtenons un plus grand panel de professionnels.

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale. Le biais de mémoire est alors limité.

Le questionnaire destiné aux professionnels était anonyme. Ainsi, les participants ne craignaient pas de pointer leur faiblesse, notamment en admettant ne pas connaître les recommandations du CNGOF.

Enfin, nous avons diffusé le questionnaire par Claroline Connect. Le site est basé en France et permet une protection des données. De plus cela nous offrait des résultats en temps direct et permettait également d'exporter les données directement en tableau Excel sans craindre d'erreur de retranscription.

3.1.2 Les limites et les biais de l'étude

Nous pouvons repérer différents biais au sein de notre étude :

Biais de sélection :

- Nous n'avons pas demandé la maternité d'exercice, nous ne savons donc pas si notre population étudiée est représentative des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens des départements du Rhône, de l'Ain et de la Loire.
- De plus, peu de gynécologues obstétriciens ont répondu à l'enquête. De ce fait nous n'avons pu réaliser de comparaison entre les deux professions, notamment sur le versant de la formation.

Biais de compréhension

- Toutes les questions étant des QCM, les participants n'ont pas pu s'exprimer de manière libre sur le sujet.
- Certains questionnaires n'ont pas pu être exploités car ils ont été mal remplis.

Critique du questionnaire :

- La question sur les inconvénients de la suture 1F1N n'a été posée qu'aux professionnels ne la pratiquant pas or ce n'est pas parce que l'on pratique une technique que nous n'avons pas des reproches à lui faire. De même certains professionnels ne la pratiquant pas, par manque de formation par exemple, peuvent trouver des avantages à cette dernière.
- Nous nous sommes basés sur 2005 car il s'agit des premières recommandations du CNGOF sur la technique de suture à privilégier. Cependant, il est possible que la mise en place des recommandations prenne du temps. Nous aurions ainsi pu nous baser également sur une autre année.

3.2 Comparaison à la littérature :

3.2.1 Le choix des professionnels pour la réfection périnéale

Lors de la réfection périnéale et plus particulièrement pour la suture de l'épisiotomie les professionnels disposent de deux techniques majoritairement : la suture en 3 plans séparés et la suture « un fil, un nœud » qui repose sur un surjet continu. En 2005 le CNGOF recommandait la pratique du surjet continu pour la réfection des épisiotomies (1), en 2018 il élargissait les recommandations aux déchirures du second degrés. (14)

Notre travail a pu montrer que 30,17% (n=54) des personnes interrogées utilisaient la technique des 3 plans séparés pour la réfection des épisiotomies. D'autres études ont montré que les professionnels ne suivaient pas forcément les recommandations du CNGOF.

Le mémoire de M. Dulinskie réalisé en 2014 au sein de la région du Limousin rapporte que 83,9% des sages-femmes et 84,6% des gynécologues n'utilisent pas la technique « un fil, un nœud » dans la réfection des épisiotomies. (7) En 2015 M. Lopez réalise une étude sur l'évaluation des techniques de suture d'épisiotomies en Pays de la Loire. Seulement 16,7% des participants disent utiliser le surjet continu comme technique principale en cas de suture d'épisiotomie.(16) P. Cailliet s'est également interrogée en 2017 sur le choix des professionnels lors d'une réfection périnéale. Son étude a été réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais. Seuls 37% d'entre eux font de la suture 1F1N leur technique de référence pour la réfection d'épisiotomie. Les autres techniques pratiquées sont majoritairement le 3 plans avec points séparés sur la peau et 3 plans avec un surjet intradermique. (16)

En 2017 toujours, C. Sanson rédige un mémoire sur les raisons influençant le choix des techniques de suture périnéale. Son travail montre que seul 24,5% (n=13) des sages-femmes pensaient être amenées à réaliser une suture 1F1N lors de la réfection des épisiotomies et des déchirures de stade 2. L'analyse de ses données a prouvé qu'il y avait une différence significative de l'utilisation de la suture 1F1N en fonction de la catégorie professionnelle. En effet, 82,65% des sutures discontinues réalisées lors de son étude étaient faites par des sages-femmes. Sur 401 sutures réalisées, la suture discontinue est significativement plus utilisée ($p < 0,009$) que la suture continue tous professionnels confondus. (17)

Le mémoire de fin d'étude de M. Bastelica en 2019 s'intéresse aux dyspareunies du post partum et permet de faire un état des lieux des pratiques des sutures périnéales en PACA Est. Elle rapporte alors que 28,7% des professionnels réalisent une suture en 1F1N lors d'une épisiotomie, ce chiffre n'est plus que de 20% lors d'une déchirure médiane simple. 42,1% d'entre eux se disent « pas du tout en confiance » lors de la réalisation de la technique 1F1N. (18)

Enfin, l'article de B.Gachon interroge la pratique des gynécologues sur l'épisiotomie et sa réparation. Il s'agit d'une enquête réalisée en 2018 à partir d'un questionnaire en ligne destiné à l'ensemble des gynécologues obstétriciens membre du CNGOF. 388 réponses ont été obtenues. La technique la plus fréquemment utilisée est la suture continue 1F1N (50,3%, n=183) suivie par la suture en 3 plans avec points séparés (27,1%, n=101). (19)

A travers ce constat nous avons souhaité aborder les connaissances des professionnels sur les recommandations du CNGOF ; 52,51% des participants de notre étude, soit un peu plus de la moitié ne les connaissent pas. Le mémoire de P. Cailliet conclut également que 77,1% des sages-femmes et 40,4% des gynécologues obstétriciens interrogés n'en n'ont pas connaissance. (16)

Cependant, la principale raison pouvant expliquer la répartition des méthodes de suture ne semble pas être une méconnaissance des recommandations du CNGOF. En effet, dans son mémoire, M. Bastelica a analysé le changement de méthode des professionnels après avoir pris connaissance de ces RPC. 6,7% d'entre eux disent avoir modifié leur pratique après les recommandations de 2005, 8,7% les auraient modifiées après celles de 2018. (19)

Une de nos hypothèses était que le nombre de naissances annuel dans la maternité d'exercice pouvait être un facteur favorisant la pratique de la suture 1F1N. Cependant, il n'existe pas de différence significative ($p = 0,2$). Nous pouvons donc en conclure qu'un plus grand nombre d'accouchements au sein d'un service ne favorise pas l'utilisation de la suture 1F1N.

Une autre hypothèse était alors que la formation initiale jouait un rôle sur le choix de la méthode de réparation périnéale.

3.2.2 La formation des professionnels à la réfection périnéale

Dans notre étude 43,01% (n = 77) des professionnels interrogés disent ne pas avoir reçu d'apprentissage sur la suture 1F1N au cours de leur formation initiale. De plus, d'après les résultats obtenus, le fait d'avoir appris au cours de la formation initiale la technique de suture 1F1N semble favoriser sa pratique par la suite de manière statistiquement significative ($p < 0.001$). L'absence de formation pour cette méthode de suture semble être un constat national.

En effet, le mémoire de M. Dulinskie en 2014 rapporte que 85,7% des professionnels ayant participé à l'étude n'ont pas appris à suturer les épisiotomies avec cette technique lors de leur formation initiale. Également, 46% des sages-femmes interrogés affirment que le manque de formation les empêche de réaliser les surjets intradermiques. (7) J. Sanchez a réalisé en 2010 un travail de recherche sur les sutures d'épisiotomies par la technique 1F1N à la maternité de Poissy-St-Germain. 85,9% des sages-femmes et gynécologues interrogés connaissaient cette méthode, cependant, 70,7% d'entre eux n'avaient pas été formés. Seul 29,6% des personnes formées l'avait été grâce à leur formation initiale. Pour 48,2% d'entre eux l'apprentissage de cette méthode s'était fait sur le lieu de travail en observant la technique sur une patiente. (20) M. Lopez constate, en 2015, que 88,6% % des participants à l'étude n'ont pas reçu de formation théorique et pratique concernant la méthode de suture 1F1N au cours de leur cursus. 58,9% de l'apprentissage pratique de la réfection périnéale s'effectuait sur du matériel inerte et non pas simulant la réalité. (17)

S. Mohane a rédigé un mémoire en 2017 sur la formation initiale des sages-femmes concernant les sutures périnéales. L'enquête a été menée sur l'ensemble des sages-femmes diplômées en juillet et août 2016 dans les 35 écoles de France. Les résultats montrent que 27,6% des participants n'ont jamais rencontré au cours de leurs études la suture 1F1N. Une autre conclusion de son travail est que les sages-femmes sont majoritairement insatisfaites de la formation initiale qu'elles ont reçues. En effet, 42,8% d'entre elles trouvent la formation peu satisfaisante sur le versant théorique. (21) En 2018, C. Sanson rapporte que 49,06% des sages-femmes interrogées disent ne pas avoir bénéficié d'une formation pour la technique de suture 1F1N, ce chiffre n'est plus que de 20% pour les gynécologues obstétriciens et de 15,18% pour les internes en obstétriques. Les sages-femmes

demandaient alors dans 70,37% des cas une formation sur cette méthode de suture. Aucun GO n'en a exprimé ce besoin. (18) Ces chiffres peuvent en partie s'expliquer par le nombre de sutures d'épisiotomies que les internes et les GO sont amenés à réaliser. Cette pratique ayant une nette tendance à diminuer (3), elle demeure toujours présente lors d'extraction instrumentale. Dans ce cas, la suture sera alors réalisée par l'interne ou le GO. Les internes étant plus amenés à ces situations, leur formation se pourrait être meilleure que celle des sages-femmes.

Notre étude a montré une différence statistiquement significative ($p=0,025$) pour la pratique de la suture 1F1N en fonction de l'année de diplôme. En effet, avoir terminé sa formation initiale après 2005 serait un facteur favorisant cette méthode de réfection des épisiotomies. Cependant, l'année de formation ne semble pas être le seul facteur déterminant la technique de suture. Au regard des études exposées précédemment, nous pouvons nous interroger sur la formation initiale actuelle. Pourtant, des études ont montré la pertinence d'une formation pour la suture 1F1N. Au cours de son mémoire de fin d'étude sur les sutures périnéales, J. Sanchez a réalisé une formation sur la suture 1F1N aux professionnels qui le souhaitaient. Il s'agissait d'une plaquette d'information, du visionnage d'une vidéo sur la suture 1F1N (9), ainsi qu'un atelier pratique sur de la matière inerte. Ainsi, 39 professionnels ont pu participer à cette session de formation et 22 ont répondu au questionnaire post formation. Parmi eux, 54,5% ($n=12$) affirmait pratiquer la suture 1F1N à l'issue de cette dernière. Parmi les personnes ne la pratiquant toujours pas, 90% d'entre elles n'avaient pas refait de garde en salle de naissance pour la mettre en place. (21) De même, l'enquête PEARLS (Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study) en 2013 s'est intéressée à l'évolution de la pratique lorsqu'une formation était dispensée. L'étude s'est articulée en 3 phases. La première phase évaluait les pratiques avant la formation, la seconde au cours et la troisième 9 à 12 mois la suivant. Le taux de suture 1F1N au cours de la phase 1 est de 35,8%, il augmente à 72,5% au cours de la phase 2 puis se stabilise à 64,8% 9 à 12 mois après. (22) Ces constats appuient le fait qu'une formation adéquate pourrait permettre une augmentation de la pratique de la suture 1F1N sur le territoire. Lors de notre étude nous avons remarqué que les participants réfractaires au changement de technique de suture évoquent principalement un manque de conviction pour cette méthode (41,18%, $n= 7$) mais d'autres ne souhaitent pas changer leur habitudes (17,65%, $n= 3$). Il serait alors important de

former de manière qualitative les étudiants en maïeutique à la suture 1F1N afin que les avantages soient connus de tous et que les futurs professionnels puissent choisir la technique de suture en fonction des recommandations et de la clinique et non par défaut de formation.

3.2.3 Les avantages retrouvés

Le premier avantage que les professionnels interrogés expriment au sujet de la suture 1F1N est la réduction de la douleur par rapport à la suture en 3PS (25,81%). Nous retrouvons ensuite l'esthétisme (22,50%) puis l'observation d'une meilleure cicatrisation (17,54), une rapidité d'exécution (15,29%) et une diminution des dyspareunies en post-partum comparativement aux autres techniques de suture (15,04%). Enfin, la réduction des coûts est le dernier avantage cité (3,76%)

Des études ont été réalisées sur la diminution des douleurs et des dyspareunies en post partum ainsi que sur la rapidité d'exécution et la diminution des coûts.

- Une diminution de la douleur en post partum

La méta analyse de C.Kettel publiée en 2012 dans la bibliothèque Cochrane inclut 16 articles concernant la suture 1F1N. 9 études s'intéressent à la douleur dans le post partum. Elle était alors considérée comme une variable binaire (douleur ou absence de douleur). Ces études ont retrouvé une diminution significative de la douleur jusqu'à 10 jours de l'accouchement en comparaison avec la suture en 3 plans séparés (RR moyen 0,76 ; IC à 95 % 0,66 à 0,88). De plus, la méta analyse retrouve également une diminution de la consommation d'antalgiques lorsque la suture réalisée est une suture continue (RR 0,70 ; IC à 95 % 0,59 à 0,84). (10)

Une autre étude de C.Kettle datant de 2002 sur les méthodes de sutures continues et discontinues se tourne dans ce sens. En effet, à 10 jours du post partum, moins de femmes avaient signalé une douleur au niveau périnéal lorsqu'elles avaient bénéficié d'une suture continue (26,5% vs 44,0% ; $p < 0,0001$). (23) S. Morano, en 2003 a également réalisé une étude comparant les différentes techniques de réfection des épisiotomies ainsi que des déchirures du 2nd degré. A 48 heures la consommation d'antalgiques chez les patientes dont

la suture était réalisée en 1F1N était significativement moins importante que dans le groupe des sutures en 3 plans séparés (33,6 % vs 54,2 % ; $p < 0,05$). De même, moins de femmes avaient signalé des douleurs périnéales à 10 jours de l'accouchement lorsqu'il s'agissait d'une suture 1F1N. (24)

L'étude de D. Kokanali menée en Turquie en 2010 auprès de 160 patientes s'intéresse également aux avantages que peut présenter la suture 1F1N. La douleur était significativement moins importante au repos ($p < 0,001$), lors de la marche ($p < 0,001$), lorsque la patiente s'asseyait ($p < 0,001$), lorsqu'elle urinait ($p < 0,001$) et lorsqu'elle allait à la selle ($p < 0,003$) en cas de suture 1F1N. Cependant, les différences n'étaient plus significatives à 10 jours du post partum et 6 semaines plus tard. (13)

Enfin, JM. Martinez Galiano a réalisé un essai contrôlé randomisé dans 5 hôpitaux d'Espagne incluant ainsi 134 patientes. Ces dernières étaient divisées en 2 groupes : un groupe bénéficiait de sutures continues ($n=70$) et l'autre de sutures discontinues ($n=64$). Il en concluait que les femmes appartenant au groupe de sutures continues avait besoin de moins d'antalgiques à 24 heures que les femmes appartenant au groupe de sutures discontinues (52,9% vs 66,7% ; $p = 0,019$). De plus, la douleur ressentie par les patientes à 15 jours du post partum, mesurée comme une variable binaire était significativement moins importante chez les patientes dont une suture continue avait été réalisée (31,4 vs 53,1 ; $p = 0,011$). Concernant l'intensité de la douleur à 24 heures ainsi qu'à 3 mois du post partum, elle était également significativement réduite dans le groupe des sutures continues (Respectivement $3,4 \pm 0,3$ vs $4,4 \pm 0,3$; $p = 0,011$ pour la douleur à 24 heures et $0,2 \pm 0,2$ vs $0,7 \pm 0,2$ $p = 0,030$ pour la douleur à 3 mois). (11)

Cependant, d'autres études contrebalancent ces résultats. L'étude de P. Valenzuela réalisée en Espagne en 2009 ne retrouve pas de différence statistiquement significative au niveau de la douleur à 48 heures, à 10 jours et à 3 mois du post partum entre la technique de suture 1F1N et la technique en 3 plans séparés (Respectivement $RR = 1.08$, IC à 95% : 0.74-1.57 ; $RR = 0.96$, IC à 95% : 0.59-1.55 ; et $RR = 0.68$, CI à 95% : 0.19-2.46). (12) De même, S. Kindberg a montré lors de son étude au Danemark en 2008 auprès de 400 primipares qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative au niveau de la douleur entre les sutures continues et les sutures discontinues à 10 jours de l'accouchement. (25)

- Une diminution des dyspareunies en post partum

Les dyspareunies sont définies comme des douleurs génitales persistantes ou récurrentes associées à des rapports sexuels. Ces dernières peuvent être profondes ou superficielles. Les douleurs profondes seront pelviennes ou au niveau du fond vaginal et seront déclenchées par une pénétration profonde. Pour les superficielles le siège de la douleur se trouve au niveau orificiel, vulvaire ou vulvo-vaginal. Son apparition se fait au moment de l'introduction du pénis. (26) De multiples étiologies peuvent être responsables de ces dyspareunies. L'accouchement et les lésions périnéales qui en découlent en font partie. Dans son étude datant de 2000, G. Barret conclut que 83% des femmes rencontraient des dyspareunies dans les 3 mois du post partum. Elles étaient 64% à 6 mois. (27) Ainsi nous pouvons nous interroger si la méthode de suture utilisée pour la réfection périnéale joue un rôle sur l'apparition des dyspareunies.

Dans notre étude, la diminution des dyspareunies en post partum semble être, pour les professionnels, favorisée par l'utilisation de la suture 1F1N pour la réfection des épisiotomies (15,04%). Cependant, la méta analyse de C. Kettle ne trouve pas de différence statistiquement significative au niveau de la diminution des dyspareunies à 3 mois du post partum entre les techniques de sutures discontinues et continues (RR : 0,86, IC à 95% 0,70-1,06) (10). De même, Valenzuela ne retrouve pas non plus de différence statistiquement significative entre les différentes sutures. (12) L'étude de Kokanali réalisée en 2010 s'interroge sur le délai de la reprise des rapports sexuels chez les femmes ayant eu une épisiotomie et la relation entre la technique de suture utilisée. Bien qu'elles soient légèrement plus nombreuses à avoir repris les rapports sexuels à 6 semaines du post partum (25% sutures continue vs 22,5% sutures discontinues) la différence n'est pas significative ($p = 0,946$). (13)

Martinez Galiano a également choisi d'étudier l'existence d'un lien éventuel entre les dyspareunies et la reprise des rapports sexuels. Il n'a alors pas trouvé de différence statistiquement significative pour la reprise de l'activité sexuelle à 15 jours du post partum entre la suture 1F N et la suture en 3 plans séparés. Bien que les rapports étaient plus précoces dans le groupe du 1F1N il n'y avait pas non plus de différence significative. Cependant, à 3 mois du post partum, le nombre de femmes ayant normalisé leurs relations

était significativement plus élevé chez les patientes appartenant au groupe de suture 1F1N ($p < 0,001$). (11)

Enfin, M. Vazquez a réalisé en 2008 un mémoire de fin d'étude sur l'évaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. Son étude regroupait 66 patientes, 26% des patientes ont bénéficié d'une suture 1F1N tandis qu'elles étaient 63% à avoir bénéficié d'une suture en 3PS avec des points sur la peau. Les 2 autres techniques étaient 3PS avec surjet intradermique (3%) et suture 1F1N avec quelques points séparés au niveau de la peau (8%). Les dyspareunies à 3 mois du post partum étaient légèrement moins élevées dans le groupe 1F1N (comprenant 1F1N « classique » et 1F1N avec des points ajoutés sur la peau) que dans le groupe 3PS (comprenant 3PS avec points séparés sur la peau et 3PS avec surjet intradermique) mais la différence n'était pas significative (25% vs 46,3% ; $p = 0,109$). Elle s'est également interrogée sur l'influence du surjet intradermique versus les points séparés sur la peau sur les dyspareunies à 3 mois du post partum. La différence était alors significative (16,7% vs 48,8% ; $p = 0,019$). (28) La suture 1F1N ainsi que le surjet intradermique semble diminuer l'apparition de dyspareunies dans le post partum, il aurait alors été intéressant de comparer la suture 1F1N « classique » qui a été réalisée chez 26% de la population et la suture 3PS avec points séparés sur la peau qui est une méthode encore largement utilisée. De ce fait nous aurions pu avoir une réelle conclusion sur l'effet protecteur de la suture 1F1N sur les dyspareunies.

Les études concernant les dyspareunies en post partum suivant la technique de suture ne sont donc pas unanimes pour affirmer que la suture 1F1N est un facteur protecteur. Cependant, nombreuses tendent vers une diminution de ces douleurs lorsque que cette technique est utilisée sans pour autant montrer de différence statistiquement significative.

- La rapidité d'exécution

Une plus grande rapidité d'exécution de la suture 1F1N est également un avantage cité par les professionnels interrogés au cours de notre étude (15,29%). Plusieurs études ont montré qu'il y avait une différence significative de la durée d'une suture d'épisiotomie entre la suture 1F1N et la suture en 3PS.

S. Kindberg en 2010 s'est interrogé au temps dédié par les sages-femmes pour la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré. La suture continue est alors significativement plus rapide que la suture discontinue (15min vs 17min, $p = 0,03$). (26) De même, dans son étude menée en 2010, Kokanali conclut qu'il existe une différence statistiquement significative au niveau de la durée des sutures entre les sutures continues et discontinues ($499\text{sec} \pm 23,20$ vs $592\text{sec} \pm 25,41$; $p < 0,001$). (13) Enfin, Martinez Galiano, en 2018 fait également ce constat. En effet, le temps pour la suture des épisiotomies ou des déchirures du 2nd degré réparées par la technique 1F1N est significativement moins élevé que par la technique 3PS ($14,1\text{min} \pm 0,9$ vs $18,2\text{min} \pm 1$; $p = 0,003$). (11)

La méta-analyse de Kettel ne retrouve pas de différence significative concernant ce point ci. Les résultats pour ce critère de jugement étaient difficiles à interpréter, en effet chacune des études évaluaient le temps de suture de manière différente. (10)

Nous pouvons notifier que le temps de suture est très dépendant des professionnels et de la méthode qu'ils ont l'habitude d'utiliser. En effet ces comparaisons ne peuvent se faire que sur des opérateurs entraînés pour la technique qu'ils utilisent. Cela ne semble pas être un point pouvant convaincre les personnes n'utilisant pas cette technique. En effet il est probable que la technique 1F1N leur demande plus de temps au début car ils n'auront pas la même dextérité qu'avec le 3PS. Cependant lorsqu'ils seront plus à l'aise ils pourront alors y trouver un bénéfice.

- La réduction des coûts financiers

Enfin, la réduction des coûts ne semble pas être un argument essentiel pour les professionnels (3,76%). Cependant plusieurs articles ont montré que la suture 1F1N permettait d'utiliser moins de matériel et avait ainsi un impact sur le coût de la réfection périnéale.

La méta analyse de C. Kettel publiée en 2012 retrouve alors que les opérateurs sont plus susceptibles d'utiliser une plus grande quantité de matériel lors de la réalisation des sutures discontinues, et ce, de manière significative (RR 0,26 ; IC à 95 % 0,22 - 0,30). (10) De plus, la suture continue demanderait d'utiliser en moyenne 1 unité de matériel de suture tandis que la suture discontinue en ferait utiliser 2 en moyenne d'après l'étude réalisée en 2010 par Kindberg ($p < 0,01$). (26) Le même constat est fait dans l'étude de Martinez Galiano. Dans cet essai, la technique 1F1N n'utilise que 1.1 ± 0.03 paquets de suture comparé à 2.3 ± 0.06 paquets de suture pour la suture 3PS ($p < 0,001$). (11) Kokanali a comparé le matériel de suture en fonction de la dimension de fil nécessaire. La conclusion est identique : la suture continue sollicite moins de fil que la suture discontinue ($85,8 \pm 5,27\text{mm}$ vs $147 \pm 6,68\text{ mm}$; $p < 0,001$). (13)

Le prix moyen constaté pour un fil résorbable de calibre 2/0 avec une aiguille de 36mm, fil recommandé pour la suture 1F1N, est d'environ 5 euros. (29) A l'heure où l'hôpital public se doit de faire des économies, l'utilisation limitée de matériel de suture dont nécessite la suture 1F1N pourrait être un avantage non négligeable dans la promotion de cette méthode aux différents services.

3.2.4 Les inconvénients retrouvés

Parmi les professionnels interrogés, 36,87% n'utilisent pas la méthode de suture 1F1N, 50% d'entre eux par manque de formation et 14,75% par manque de conviction pour cette technique. Ainsi, nous leur avons demandé quels étaient pour eux les inconvénients qu'ils trouvaient à la suture 1F1N.

Le premier inconvénient retrouvé était l'impossibilité de retrait d'un point (39%). En effet, la suture étant réalisée en surjet continu il n'est pas possible de retirer un seul point et l'ensemble de la suture doit être retirée en cas de problème. Cependant, cette méthode serait responsable d'une plus faible nécessité de retrait de point. En effet, selon la méta analyse de C. Kettle la suture continue engendrerait, de manière significative, un retrait de suture plus faible que la suture discontinue (RR moyen 0,56 ; IC à 95 % 0,32 - 0,98). Elle précise tout de même que ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison d'une forte hétérogénéité entre les différents essais étudiés. (10)

Un autre inconvénient souligné était la difficulté de réaliser la suture 1F1N sur les déchirures hémorragiques (20%). Il peut paraître en effet difficile de réaliser une suture continue dans ce cas. Il est alors tout à fait possible de réaliser un premier point simple ou en X permettant ainsi de contenir les saignements trop abondants avant de commencer le surjet continu. De plus, lorsque les déchirures du 2nd degré ne sont pas nettes, la technique 1F1N peut ne pas être adaptée et on utilisera dans ce cas la suture en 3PS, en préférant si possible un surjet intradermique qui semble réduire les douleurs en post partum. (8) (29)

Cependant il existe peu de littérature sur les inconvénients de la suture 1F1N énoncés par les professionnels participants à l'étude.

3.3 Perspective d'amélioration

La suture 1F1N réunit donc de nombreux avantages pour le bien-être périnéal des femmes en post partum. Cependant comme nous avons pu le remarquer précédemment il existe un manque de formation pour cette technique de suture, pourtant recommandée pour la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré. Il pourrait alors être intéressant de réaliser un travail sur cet aspect afin de fournir aux professionnels les outils nécessaires à sa pratique.

3.3.1 La formation initiale des sages-femmes :

La formation initiale des sages-femmes pour la suture périnéale s'articule autour de 2 axes : la théorie et la pratique. L'apprentissage théorique se déroule sous forme de cours magistraux, cela peut également prendre la forme de visionnage de vidéo. Il n'existe pas en France de maquette de formation nationale visant à encadrer cet enseignement théorique. Cela amène à une dispensation d'heures de cours inégale entre les sages-femmes. Certains auront eu plus de 6 heures de cours sur la réfection périnéale quand d'autres en auront eu moins de 3. (21) Il serait alors intéressant d'effectuer un travail sur une uniformisation de la formation des étudiants sages-femmes au niveau des sutures.

La formation pratique comporte les Travaux Pratiques ainsi que l'application en stage. Ici encore il n'existe pas d'uniformité sur le nombre de TP auxquels participent les étudiants sages-femmes. Nous pouvons noter que 27,6% des sages-femmes diplômés au mois de juillet et d'août 2016 n'ont jamais rencontré au cours de leur stage la suture 1F1N. (21) Alors que la loi indique que les sages-femmes sont capables à l'issue de leur formation de réaliser des sutures (30) elle ne précise pas comment, ni quelles techniques doivent être enseignées.

Afin d'apporter un meilleur apprentissage aux étudiants en maïeutique il pourrait être intéressant d'augmenter leurs apports théoriques. Garder une formation sur la suture en 3PS semble néanmoins nécessaire. En effet toutes les déchirures ne sont pas suturables par le 1F1N. C'est pourquoi, afin de maintenir un certain nombre d'heures sur chacune des techniques de suture, une augmentation du temps passé sur la connaissance et la pratique de la réfection périnéale semble pertinente. De plus les sessions de travaux pratiques pourraient être répartis sur plusieurs années de formation. Bien que les études de sages-femmes soient déjà denses, nous savons que si un apprentissage théorique n'est pas mis en pratique régulièrement ce dernier s'oublie rapidement. Malheureusement, sur les terrains de stage la conclusion est la même que celle de cette étude : tous les professionnels ne pratiquent pas la suture 1F1N lors de la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré. C'est pourquoi, il semble indispensable de former également les professionnels déjà sur le terrain et qui n'ont peut-être pas eu l'occasion d'aborder cette technique de suture lors de leurs études.

3.3.2 La formation continue des sages-femmes :

Le développement professionnel continu (DPC) s'applique à tous les professionnels de santé, il permet notamment un perfectionnement des connaissances. Depuis 2017, chaque professionnel se doit de justifier tous les 3 ans d'une démarche de DPC.(31) Cependant, il n'existe pas d'obligation pour une formation continue concernant la réfection périnéale. Pourtant, comme nous avons pu le voir, la mise en place d'ateliers permettant d'acquérir la technique de suture 1F1N sont bénéfiques.

Ainsi nous avons posé la question aux participants de l'étude : quel était pour eux le moyen le plus adapté à l'apprentissage d'une technique de suture. 63,69% ont répondu le compagnonnage, 29,49% les travaux pratiques et 7,26% le visionnage de film. Ces résultats rejoignent ceux du mémoire de C. Cailliet qui rapportait que 59% des professionnels interrogés préféraient le compagnonnage pour cet apprentissage. (16) Il serait alors profitable de mettre en place, au sein même des hôpitaux, des formations sur la suture 1F1N pour les professionnels qui le souhaitent. Ces formations pourraient s'articuler autour de 3 axes :

- Une partie théorique avec une brève explication de la technique et des avantages qu'elle apporte. Elle pourrait être complétée par le visionnage de vidéos permettant d'observer une première fois les gestes à effectuer.
- Une partie technique avec la mise en place de travaux pratiques. Les intervenants pourraient alors s'entraîner sur du matériel reproduisant la réalité (model animal ou simulateurs de périnées humains par exemple).
- Enfin une autre partie technique serait nécessaire. Il s'agirait d'un compagnonnage par des professionnels réalisant déjà cette technique de suture. Ces personnes pourraient être « référents suture » et ainsi accompagner leurs collègues sur la réalisation du 1F1N. Malgré une forte demande des participants du compagnonnage, nous sommes conscients que cela peut être difficile à mettre en place notamment lors de forte activité en salle de naissance.

Un questionnaire à 3, 6 et 12 mois de la formation pourrait alors être transmis aux personnes en ayant bénéficié afin de connaître l'évolution de leur pratique et les bénéfices qu'ils ont pu remarquer.

3.3.3 De nouvelles études portées sur les avantages du 1F1N :

Les études réalisées retrouvent de nombreux avantages. Cependant, de nouvelles études, plus récentes pourraient être menées. En effet, au cours de ce travail nous avons principalement retrouvé des essais datant de 2002 à 2011. Par ailleurs, les patientes sortant de plus en plus tôt de l'hôpital nous pourrions interroger les sages-femmes libérales qui les suivent et qui réalisent leur rééducation du périnée. Nous pourrions alors avoir de nouvelles informations sur la douleur en post partum et le vécu des femmes de leur épisiotomie ou déchirure en fonction de la méthode de suture utilisée.

De plus, la littérature s'intéresse peu aux dyspareunies à plus long terme. En effet, nous n'avons pas trouvé d'étude traitant les dyspareunies et les types de suture à 12 ou 18 mois du post partum. Dans son mémoire de fin d'étude, M. Vazquez s'est interrogée jusqu'à 9 mois du post partum mais souligne qu'il s'agissait d'un travail fastidieux tant sur le point temporel que financier. (29) Un travail de recherche bénéficiant de plus de ressources pourrait alors amener de nouvelles conclusions.

CONCLUSION

Ce travail de mémoire a été motivé par l'observation en stage d'une disparité des techniques de suture pour la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré. Nous nous sommes interrogés sur les raisons qui pouvaient expliquer que, malgré les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français de nombreux sages-femmes et gynécologues obstétriciens continuaient de réaliser des sutures en 3 plans séparés. Notre objectif principal était alors de déterminer si la formation initiale des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens avait un impact sur la technique de suture employée lors de la réfection des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré.

Les résultats montrent que 30,17% des participants n'utilisent pas la suture un fil, un nœud pour la réfection des épisiotomies ; 50% d'entre eux se justifient par un manque de formation. Ce constat paraît être le même dans d'autres régions de France au regard des mémoires ayant été effectués précédemment. Les résultats obtenus montrent qu'il semble exister une corrélation entre l'apprentissage de la technique au cours de la formation initiale et sa pratique par la suite sur le terrain. Les professionnels diplômés avant 2005, année des recommandations du CNGOF, paraissent moins susceptibles d'utiliser cette technique.

Il pourrait être alors intéressant de permettre aux étudiants sages-femmes notamment, une formation initiale plus approfondie sur les techniques de suture avec par exemple des travaux pratiques plus fréquents au cours des études. Une enquête auprès des étudiants sages-femmes pourrait être menée afin de connaître leurs attentes sur le nombre de TP qu'ils souhaiteraient avoir ainsi que le nombre d'heures qu'ils ont actuellement. De même des formations pouvant entrer dans le DPC à destination des professionnels permettraient d'aider ceux bloqués par un manque de connaissances sur la suture un fil, un nœud. Ces dernières pourraient se faire à l'aide du compagnonnage particulièrement.

De plus, malgré les avantages retrouvés pour cette technique de suture telle qu'une diminution des douleurs en post partum ainsi qu'une réduction des dyspareunies certains professionnels ne semblent que peu convaincus. De nouvelles études comparatives entre la suture un fil, un nœud et la suture en trois plans séparés pourraient alors leur permettre de changer peut-être leur technique de réfection des épisiotomies.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : L'épisiotomie. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
2. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J Obstet Gynecol. mai 2009;200(5):573.e1-7.
3. Trinh AT, Roberts CL, Ampt AJ. Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2015;15(1):101.
4. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale, Rapport de 2016, Rédigé par l'INSERM et la DREES. 2017.
5. Enquête CIANE. Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes [Internet]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-e-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
6. Langer B, Minetti A. L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. 10 mars 2008; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/118010/resultatrecherche/6>
7. Dulinskie M. Les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin. 2014.
8. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. 2021;17.
9. THERY G., DEKINDT C., CAUTE D., DALLAY D. L'épisiotomie à un fil [Internet]. 1999 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/l_episiotomie_a_un_fil.3263
10. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [cité 19 oct 2021];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub3/full/fr>
11. Martínez-Galiano JM, Arredondo-López B, Molina-García L, Cámara-Jurado AM, Cocera-Ruiz E, Rodríguez-Delgado M. Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 16 déc 2019;19(1):499.
12. Valenzuela P, Saiz Puente M, Valero J, Azorín R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2009;116(3):436-41.
13. Kokanalı D, Ugur M, Kuntay Kokanalı M, Karayalcın R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 1 août 2011;284(2):275-80.

14. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention et protection périnéale en obstétrique. 2018;82.
15. Cailliet P. Un fil un nœud VS autres sutures: choix des professionnels. 2017;43.
16. Lopez M. Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie par les sages- femmes des maternités publiques des Pays de Loire en 2015. :29.
17. Sanson C. Etude des techniques de suture périnéale, et les raisons influençant les choix. 2018; Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/3dc8f73c-e71d-4159-bb74-98cee4a49c4b>
18. Bastelica M. Techniques de suture continue `` Un fil, un nœud `` et discontinue `` Points séparés ``: incidence sur la dyspareunie du post-partum: à partir d'une revue de la littérature de sept articles et d'une étude complémentaire des pratiques des professionnels des maternités de PACA Est. 2019;60.
19. Gachon B, Charveriat A, Pierre F, Fritel X. Pratiques de l'épisiotomie: enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. sept 2019;47(9):627-36.
20. Sanchez J. Suture des épisiotomies par la technique 1 fil - 1 noeud. 2010;
21. Mohane S. Suture des lésions périnéales: enquête sur la formation initiale des sages-femmes. 2017;77.
22. Ismail KMK, Kettle C, Macdonald SE, Tohill S, Thomas PW, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. BMC Med. déc 2013;11(1):209.
23. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. The Lancet. juin 2002;359(9325):2217-23.
24. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Costantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. J Minim Invasive Gynecol. oct 2006;13(5):457-62.
25. Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG Int J Obstet Gynaecol. mars 2008;115(4):472-9.
26. Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat J-J. Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. Prog En Urol. nov 2010;20(12):967-72.
27. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2000;107(2):186-95.
28. Vazquez M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. :93.
29. laboderm.fr - Matériel Dermatologique [Internet]. laboderm.fr; Disponible sur: <https://www.laboderm.fr/fils-de-sutures-optime-r-peters-surgical.html>

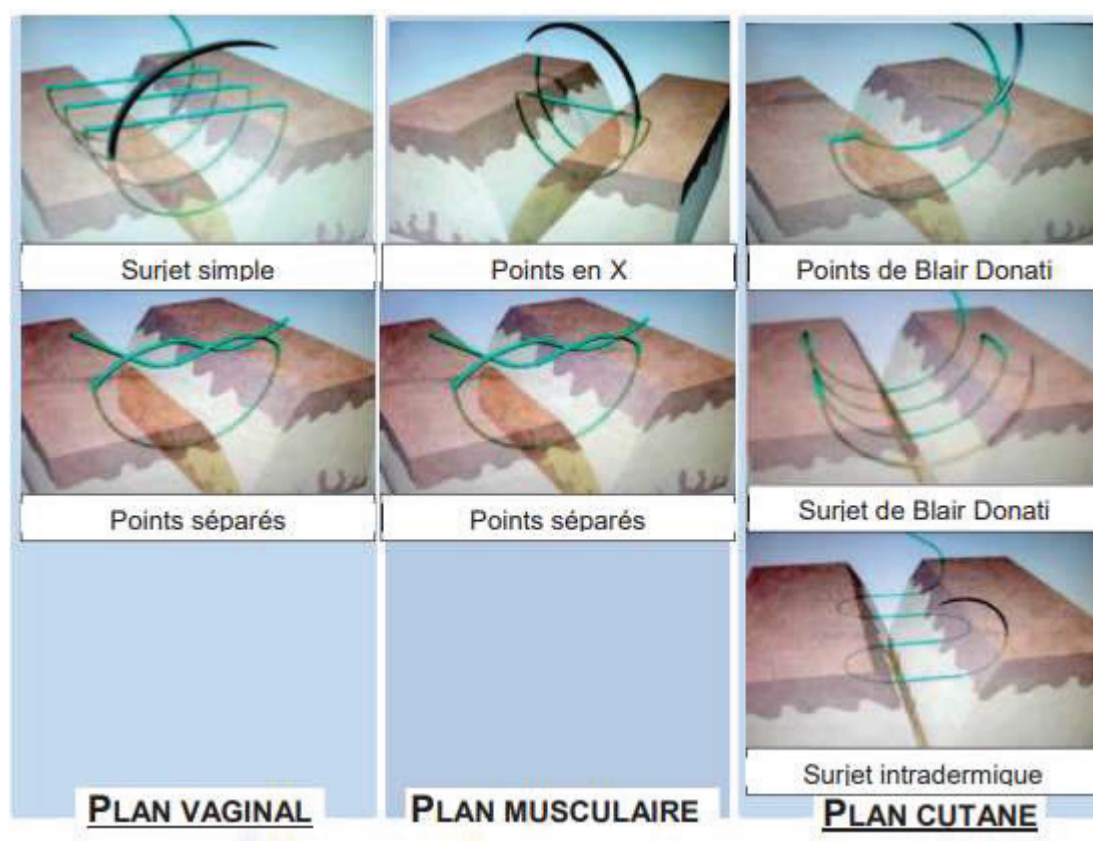
30. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/>
31. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
32. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Wwem-Premiumcomdatarevues03682315003500S140 [Internet]. 10 mars 2008; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/118008/resultatrecherche/1>

ANNEXES :

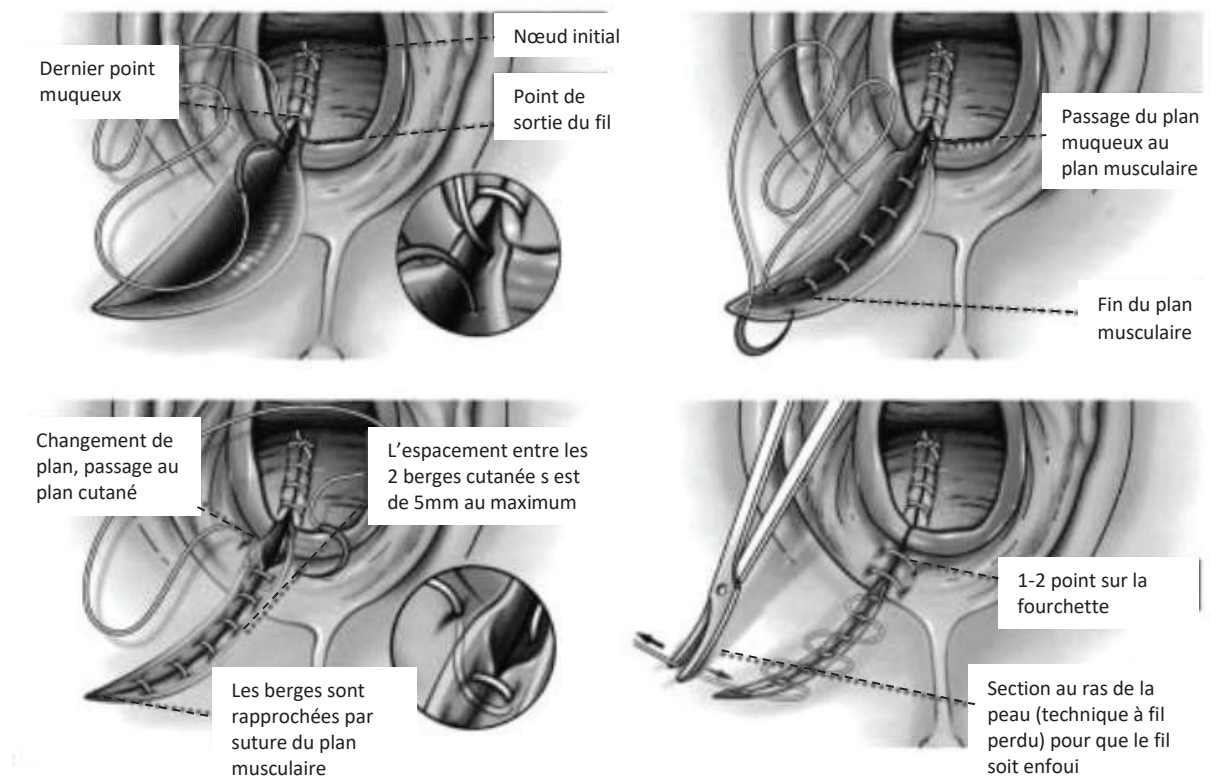
Annexe 1 : Classification des déchirures périnéales (14)

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

Annexe 2 : Réparation périnéale par la suture en trois plans séparés (18)



Annexe 3 : Réparation périnéale par la suture un fil, un nœud (32)



Annexe 4 : Questionnaire diffusé par l'intermédiaire de Claroline Connect

Bonjour à toutes et à tous.

Je m'appelle Clara MARCHAL et je suis actuellement en 5e année d'étude de sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire en vue de l'obtention de mon Diplôme d'Etat de Sage-Femme je réalise une étude sur les freins et les facteurs favorisant la suture 1fil, 1noeud chez les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens.

Je me permets alors de vous solliciter afin de répondre à un questionnaire qui me permettra d'avancer dans mon travail de recherche.

Ce questionnaire est anonyme et dure moins de 5 min.

Je vous remercie par avance pour votre participation et pour le temps que vous me consacrerez.

Page 1 (1/4)

1.1. Vous êtes :

☐ Sage-femme

☐ Gynécologue obstétricien

1.2. Quelle est la proportion de temps passé en salle de naissance sur votre temps de travail ?

☐ Moins de 25%

☐ De 25 à 50%

☐ De 51 à 80%

☐ Plus de 80%

1.3.

Le type de la maternité dans laquelle vous exercez actuellement :

☐ Type1

☐ Type 2

☐ Type 3

1.4. Avez vous exercé ailleurs que dans le lieu où vous êtes actuellement ?

☐ Oui

☐ Non

1.5. Votre expérience en salle de naissance

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 an et 5 ans
- ☐ Entre 6 ans et 10 ans
- ☐ Entre 11 ans et 15 ans
- ☐ Entre 16 ans et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

1.7. Quelle technique de réfection des épisiotomies utilisez-vous préférentiellement aujourd'hui ?

- ☐ Technique 1fil, 1 noeud
- ☐ Technique des 3 plans

1.8. Quelle est la principale raison de votre choix ?

- ☐ Dextérité personnelle
- ☐ Connaissance des avantages de la méthode utilisée
- ☐ Habitude de service
- ☐ Absence de formation pour les autres techniques

1.9. Connaissez-vous les recommandations du CNGOF concernant la méthode à privilégier pour la réfections des épisiotomies ?

Oui

Non

1.10. Pratiquez-vous la technique de suture 1fil, 1 nœud ?

Oui

Non

Si vous pratiquez la technique 1fil, 1noeud merci de passer à la page suivante.

2.1.

Avez-vous appris pendant vos études la technique 1 fil 1 nœud ?

Oui

Non

2.2.

Avez-vous terminé votre formation initiale avant 2005 ?(pour les sages-femmes l'année du diplôme, pour les GO à partir de la première année d'internat)

Oui

Non

2.3.

Quel est le nombre moyen de naissances dans la maternité au sein de laquelle vous exercez ?

☐ Moins de 1000 par an

☐ Entre 1000 et 1499 par an

☐ Entre 1500 et 1999 par an

☐ Entre 2000 et 2499 par an

☐ Entre 2500 et 29999 par an

☐ Plus de 3000 par an

2.4. Pour quelle raisons ne pratiquez-vous pas cette méthode ?

- ☐ Rapport bénéfices/risques défavorable
- ☐ Manque de formation sur cette méthode
- ☐ Manque de conviction pour cette méthode
- ☐ Manque de pratique de cette technique
- ☐ Du fait de sa complexité
- ☐ Mauvaise expérience avec la méthode qui vous l'a faite abandonner

2.5. Quels sont les inconvénients que vous trouvez à la suture 1 fil 1 nœud ?

- ☐ Difficultés sur périnée friable
- ☐ Difficultés sur déchirure hémorragique
- ☐ Difficulté sur périnée œdématié
- ☐ Plus de désunions
- ☐ Impossibilité de retrait d'un point
- ☐ Impression de perte de temps ?

2.6. Après avoir été informé des recommandations et des avantages de la suture 1fil, 1 nœud, seriez vous prêt à changer vos habitudes ?

Oui

Non

2.7. Si non, pourquoi ?

- ☐ N'est pas convaincu des avantages de cette méthode
- ☐ Ne souhaite pas changer ses habitudes
- ☐ Impression de régresser
- ☐ Appréhension de perdre la maîtrise d'une technique
- ☐ Peur de réapprendre une nouvelle méthode

Si vous NE pratiquez PAS la technique 1fil, 1noeud merci de passer à la page suivante.

3.1.

Avez-vous terminé votre formation initiale avant 2005 ? (pour les sages-femmes l'année du diplôme, pour les GO à partir de la première année d'internat)

Oui

Non

3.2.

Quel est le nombre moyen de naissances dans la maternité au sein de laquelle vous exercez ?

- ☐ Moins de 1000 par an
- ☐ Entre 1000 et 1499 par an
- ☐ Entre 1500 et 1999 par an
- ☐ Entre 2000 et 2499 par an
- ☐ Entre 2500 et 29999 par an
- ☐ Plus de 3000 par an

3.3. Quels sont les avantages que vous trouvez à la suture 1fil, 1 nœud ?

- ☐ Esthétisme
- ☐ Rapidité d'exécution
- ☐ Réduction des couts
- ☐ Diminution des douleurs en post partum
- ☐ Meilleure cicatrisation
- ☐ Diminution des dyspareunies en post partum

3.4. Si les éléments cliniques le permettent, en cas de déchirure du 2e degré, pratiquez vous la suture 1fil, 1 nœud ?

Oui

Non

3.5. Par quel moyens avez-vous eu connaissance de la suture 1fil, 1noeud ?

- ☐ Par la formation initiale
- ☐ Par les formations continues
- ☐ Par les recommandations du service
- ☐ Par des congrès

4.1. Quel est selon vous le meilleur moyen pour apprendre une technique de suture ?

- ☐ Film
- ☐ Schéma
- ☐ Travaux pratiques
- ☐ Compagnonnage



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux

Site Bourg en Bresse



Auteur : Clara MARCHAL

Directeur de recherche : Laurent Gaucher

Titre provisoire : Freins et facteurs favorisant la suture 1 fil, 1 nœud chez les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens

CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE

Bref rappel (données de la littérature, pathologie, domaine d'étude)

Le CNGOF recommande la technique de suture 1 fil, 1 nœud pour la réfection des épisiotomies. En effet plusieurs études ont prouvé que cette technique de suture réduisait la douleur en post-partum ainsi que le risque de déhiscence. D'autres études ont également montré que cette manière de suturer diminuait l'incontinence urinaire en post partum.

Cependant, plusieurs mémoires dans différentes régions de France ont appuyé le fait que la technique de suture 1 fil, 1 nœud n'était que peu pratiquée dans les blocs accouchement des différentes maternités. En effet, la dextérité personnelle pour une technique de réfection périnéale est le principal critère de choix ainsi que la connaissance et la maîtrise de cette technique. D'autres critères entrent également en compte tels que l'esthétisme, la rapidité d'exécution ou encore le risque de désunion et d'inflammation.

OBJECTIFS *Enoncé de l'objectif principal et de tous les objectifs secondaires*

- Déterminer si la formation initiale des sages-femmes et des gynécologues est un facteur favorisant la pratique de la méthode 1fil, 1 nœud
 - Savoir si l'année de l'obtention du diplôme joue un rôle dans la méthode choisie de réfection périnéale
 - Savoir si le nombre de naissances annuelles d'une maternité a un impact sur le choix des professionnels pour une technique de suture
 - Relever d'autres freins et motivations des professionnels à pratiquer la technique de suture 1 fil, 1 nœud

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE <i>Description des principales caractéristiques de la recherche par des termes standards selon le type de recherche.</i> Enquête quantitative, étude descriptive transversale
POPULATION CIBLE <i>Brève description de la population de malades visée par l'étude (ex : cette étude porte sur des sujets adultes atteints de ...)</i> Cette étude porte sur les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens exerçant en salle d'accouchement dans le département du Rhône, de l'Ain et de la Loire
CRITERES D'INCLUSION : - Professionnels de santé travaillant en salle d'accouchement habilités à réaliser des réfections périnéales
CRITERES DE NON-INCLUSION <i>Lister tous les critères de non-inclusion</i> - Professionnels de santé travaillant en salle d'accouchement non habilités à réaliser des réfections périnéales - Etudiants hospitaliers (externes et étudiants sages-femmes) - Internes en service d'obstétrique
CRITERES DE SORTIE D'ETUDE <i>Lister tous les critères de sortie prématurée, s'ils existent</i> - Aucun
NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES <i>Enoncé du nombre total de sujets et, le cas échéant, du nombre de sujets par groupe</i> - Environ 200
DUREE DE L'ETUDE - Environ 6 mois (en fonction du nombre de questionnaires reçus)
LIEU DE LA RECHERCHE <i>Préciser le nombre de centres et le(s) type(s) de service concerné(s) par la sélection et le suivi des sujets</i> - Environ 10 centres hospitaliers - Le service concerné est la salle d'accouchement
RETOMBÉES ATTENDUES <i>Description des retombées, de la portée des résultats</i> J'espère pouvoir toucher 80% des services dans lesquels mon questionnaire sera distribué afin de pouvoir avoir le plus de résultats possibles pour identifier les freins que peuvent avoir les professionnels de santé à pratiquer la suture 1 fil, 1 nœud

Aspects éthiques et réglementaires

Les questionnaires sont anonymes

Références bibliographiques

- E. Verspyck, L. Sentilhes, H. Roman, F. Sergent, L. Marpeau , L'épisiotomie : technique chirurgicale de l'épisiotomie, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 35, N° S1 - février 2006, pp. 40-51,
- Juan Miguel Martínez-Galiano, Beatriz Arredondo-López, Leticia Molina-Garcia, Ana Maria Cámara-Jurado, Eva Cocera-Ruiz & Miguel Rodríguez-Delgado, Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women : a randomized controlled trial
- Marion DULINSKIE, Les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
- CNGOF. « Recommandations pour la pratique médicale » : L'épisiotomie, 2005. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM (consulté le 10 juin 2012)
-

Calendrier prévisionnel :

Début de la distribution des questionnaires en Juin 2021, fin de la réception des questionnaires en Décembre 2021

Mots clés : Suture périnéale, technique de suture, méthode 1 fil, 1 nœud, épisiotomie

Auteur : MARCHAL Clara	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : Freins et facteurs favorisant la suture 1 fil, 1 nœud chez les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens	
Résumé : <i>Introduction :</i> La suture des épisiotomies et des déchirures du 2nd degré peut se faire par 2 techniques différentes : une méthode continue ; la suture un fil, un nœud et une méthode discontinue : la suture en 3 plans séparés. Le CNGOF préconise l'utilisation du surjet continue car il réduit significativement la douleur en post partum. <i>Objectif :</i> Déterminer si la formation initiale des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens est un facteur favorisant la pratique de la méthode 1 fil, 1 nœud. <i>Méthode :</i> Etude transversale descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé via Claroline Connect dans les maternités de l'Ain, de la Loire et du Rhône à destination des sages-femmes et des gynécologues travaillant en salle de naissance. Durée d'étude du 20 septembre au 15 décembre 2021, 179 questionnaires ont pu être analysés à l'aide du logiciel R Studio. <i>Résultats :</i> La suture 1 fil, 1 nœud est majoritairement utilisée dans notre population. Cependant 30.17% des professionnels interrogés affirment utiliser la suture en 3 plans séparés. La formation initiale des professionnels joue un rôle sur la pratique de la suture continue ($p < 0,001$). Le personnel diplômé avant 2005, année des recommandations du CNGOF, utilise moins la suture 1 fil, 1 nœud ($p = 0.025$). Le nombre de naissances dans la maternité d'exercice n'influe pas la technique de suture utilisée. <i>Conclusion :</i> Le manque de formation pour la suture 1 fil, 1 nœud est un obstacle à sa pratique par les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens. Une formation initiale plus approfondie sur ce sujet ainsi que la mise en place de formations continues permettraient une meilleure prise en charge de la suture périnéale. Mots clés : Suture périnéale ; épisiotomie ; suture un fil, un nœud ; formation initiale	

Abstract : <i>Introduction :</i> Episiotomy and second-degree perineal tears can be sutured by two methods : a continuous technique : the suture « Un fil, un nœud » and a discontinuous technique. The CNGOF recommends the use of continuous suture because it significantly reduces post-partum pain. <i>Objective :</i> To determine if the initial formation of midwives and gynecologists is a factor favoring for the practice of the continuous suture. <i>Methods :</i> Descriptive cross-sectional study with a survey diffused by Claroline Connect in Ain's, Loire's and Rhône's maternities for midwives and gynecologist in delivery unit. Study duration : from September 20th to December 15th, 2021, 179 questionnaires have been analysed with RStudio software. <i>Results :</i> In our study population, continuous method is mostly used. However, 30,17% of professionals surveyed use the discontinuous method. The initial training of professionals participates in the practice of continuous suturing ($p < 0,001$). Professionals who graduated before 2005, year of CNGOF's recommendation, use less the continuous method ($p = 0.025$). The number of births in the practice maternity has no impact on the suture technique used. <i>Conclusion :</i> The lack of formation for the continuous suture is an obstacle to its practice. A more intensive initial training about this subject and the establishment continuous training would allow a better care of perineal repair. Keywords : perineal suture, episiotomy, continuous suture, initial training
--