



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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>

ÉPISIOTOMIE : LES FACTEURS INFLUENÇANT SA RÉALISATION

Étude qualitative au sein de deux maternités du réseau Aurore

Mémoire présenté par Mallaury Vidal

Née le 6 juillet 1995

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2018

ÉPISIOTOMIE : LES FACTEURS INFLUENÇANT SA RÉALISATION

Étude qualitative au sein de deux maternités du réseau Aurore

Mémoire présenté par Mallaury Vidal

Née le 6 juillet 1995

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements,

A Mme Dupont Corinne, coordinatrice des soins au sein du réseau périnatal AURORE

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Je vous suis très reconnaissante pour votre aide et vos encouragements qui ont su me motiver tout au long de la rédaction de ce travail.

A M. Gaucher Laurent, sage-femme des hôpitaux et expert,

Pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien

A Bérangère Sevèlle, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire,

Pour son aide et ses relectures.

A mes parents,

Pour leur soutien pendant toutes ces années d'études et pour continuer de croire en moi.

A mes amies, Alexandra, Estelle, Louise, Lucie, Lucille, Lucine et Zoé,

Pour leur amitié, leur bienveillance, leur réconfort et leur joie de vivre, grâce à vous je n'oublierai jamais ces 4 années.

A Thomas,

Pour son amour et sa présence à chaque instant.

GLOSSAIRE

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens de France

DC : Dilatation complète

EE : Efforts expulsifs

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES.....	6
1. Population et méthode de recrutement	6
2. Outils d'enquête.....	6
2.1 Élaboration de la grille d'entretien.....	6
2.2 Déroulement des entretiens.....	7
2.3 Méthode d'analyse.....	8
RÉSULTATS	9
1. Organisation	10
1.1 Organisation des services	10
1.2 Organisation personnelle au sein des services.....	12
1.3 Les difficultés ressenties par les sages-femmes face à ces organisations.....	13
2. Influence des consultations sur la prise en charge des patientes en salle de naissance	14
2.1 Recours aux méthodes invasives	15
2.2 Temps à dilatation complète	17
3. La phase d'expulsion.....	19
3.1 Les manœuvres ou méthodes employées par les professionnels sur le périnée ...	20
3.2 Les indications	21
3.3 Prise de décision et communication autour de l'épisiotomie	24
3.4 Les positions maternelles adoptées lors des efforts expulsifs.....	27
4. Relations entre les professionnels	28
DISCUSSION	30
1. Synthèse	30
2. Limites et forces de l'étude	32
3. Axes d'amélioration	33
3.1 Respecter la phase de descente	33
3.2 Respecter la phase d'expulsion	34
3.3 Rendre obligatoire l'inscription de l'indication de l'épisiotomie dans les dossiers et communiquer les taux individuels d'épisiotomie.....	35
3.4 Uniformiser les pratiques.....	36

CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
ANNEXES	43

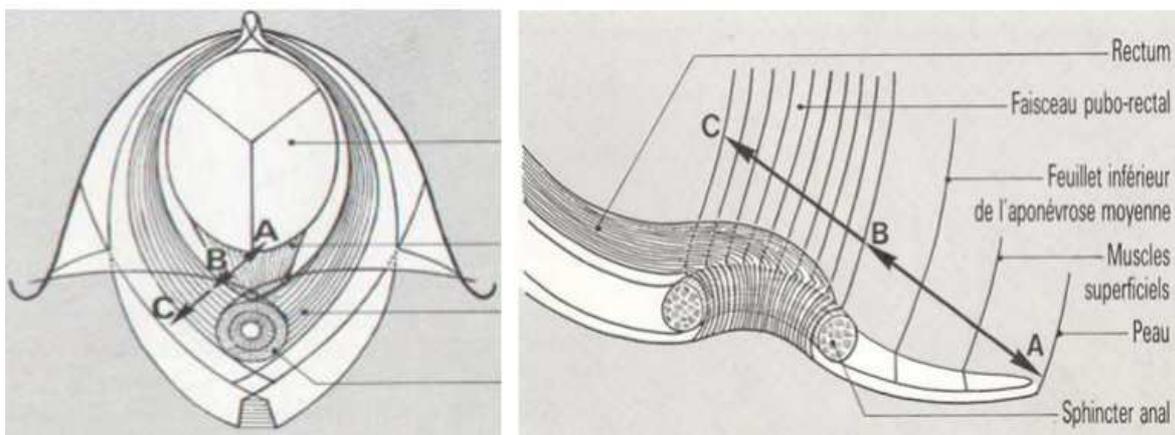
INTRODUCTION

L'épisiotomie, décrite pour la première fois en 1742 par Sir Fielding Ould, sage-femme irlandais, consiste à couper le périnée maternel à l'aide d'une paire de ciseaux. Il fallait passer la lame entre la présentation et la partie postérieure de la vulve en direction du noyau fibreux central et sectionner aussi loin que nécessaire, lorsque la constriction de l'orifice externe vaginal ne peut être levée au doigt. L'épisiotomie était autrefois réalisée afin de prévenir les déchirures périnéales graves, les incontinenances urinaires, anales et la survenue des troubles de la statique pelvienne. (1)

La pratique de l'épisiotomie ne se généralisera qu'à partir de 1920 aux États-Unis par l'intermédiaire du gynécologue De Lee, qui recommanda sa pratique systématique en médio latérale. (2) Bien que plus douloureuse et plus hémorragique, cette technique avait l'avantage de réduire le risque de déchirure des sphincters anaux. Cette incision, afin de pouvoir juger de son indication, devait être réalisée une fois le périnée amplifié, c'est-à-dire au petit couronnement pendant un effort expulsif ou une contraction.

Par cette incision, étaient successivement sectionnés la peau et le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverses superficiels, et le muscle puborectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus dans sa totalité. (3,4)

Elle devait mesurer 6 cm pour que la section du muscle puborectal soit complète et être oblique sur la verticale (au moins 45°). Une incision inférieure à cette taille ne préviendrait alors pas du risque de déchirure sévère. (5)



Selon la classification anglo-saxonne, les déchirures périnéales sévères comprenaient les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré. (6)

Les déchirures du 3^{ème} degré autrement appelées périnée complet, sont subdivisé en catégories a, b, c, et correspondaient à la déchirure de la peau, de la muqueuse vaginale, des muscles ainsi que du sphincter externe de l'anus.

Les déchirures du 4^{ème} degré correspondaient aux périnées complets compliqués qui associaient à la déchirure du sphincter externe, celle du sphincter interne de l'anus et parfois de la muqueuse rectale. (7)

Thacker et Banta, médecins américains, remettaient en cause, pour la première fois en 1980, sa pratique libérale dans une revue de la littérature. (8) Cette étude mettait en évidence le manque de données scientifiques permettant de soutenir son utilisation.

Aujourd'hui encore, sa pratique fait l'objet de nombreux débats. En 2005, le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) publiait des recommandations concernant sa pratique. (9) Le CNGOF y dénonçait l'épisiotomie utilisée de manière libérale, voire systématique. Il était alors établi qu'elle ne protégeait ni des lésions périnéales graves ni des troubles de la statique pelvienne et n'améliorait pas l'état néonatal.

L'objectif était d'atteindre un taux global national d'épisiotomie inférieur à 30%. L'OMS recommandait, elle, un taux maximum de 20%. (3,10)

À l'heure actuelle, il n'existe, aucune indication formelle d'épisiotomie. D'après le CNGOF et l'HAS, une épisiotomie ne serait judicieuse que sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur et ne devrait, en aucun cas, être réalisée de manière systématique. (3,9,11-14)

En plus de n'avoir aucun bénéfice prouvé, les conséquences de l'épisiotomie seraient multiples. Elle augmenterait le risque d'hémorragie en post-partum, serait responsable de douleurs intenses pouvant mettre en péril la qualité de la relation mère-enfant.

Elle pourrait également être à l'origine de conséquences psychologiques, elle altérerait la vie sexuelle en participant à la détérioration de l'image corporelle de la femme. (4,15)

Au niveau international, une étude dévoilait les taux d'épisiotomies en 2005 de différents pays. Sur le continent africain, les taux variaient entre 14 et 67.5% alors qu'en Amérique centrale et Amérique du Sud les taux étaient compris entre 65.3 et 100% au Guatemala. (16)

Aux États-Unis le taux d'épisiotomie était en 2004 de 24.5%, le taux de déchirures périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degré) était lui de 3.5%. En 2011 le taux d'épisiotomie était de 9.4%. (17,18)

En Europe une étude plus récente publiée par l'Euro-Peristat Scientific Committee, dévoilait les taux d'épisiotomie de 20 pays européens. (19) Parmi les pays réalisant le plus d'épisiotomies en 2011 se trouvait Chypre (75%) suivi du Portugal (72.5%) et enfin de la Roumanie (68.2%). Ceux ayant les taux les plus faibles étaient le Danemark (4.9%), la Suède (6.6%) et enfin l'Islande (8.4%).

Cette étude avait pour objectif de mettre en relation le taux d'épisiotomie de chaque pays avec leur taux de déchirures sévères : 0.5% à Chypre, 0.7% au Portugal, 0.1% en Roumanie, 4.1% Danemark et 3.5% en Suisse. Elle concluait sur le fait que les taux de déchirures sévères et d'épisiotomies variaient considérablement et étaient corrélés négativement. Cette corrélation négative pourrait être expliquée par le fait que dans certains pays les déchirures sévères étaient sous diagnostiquées et parfois non communiquées dans les dossiers. Une étude permettant d'évaluer l'impact d'un taux très faible d'épisiotomie sur le taux de déchirures sévères était alors envisagée.

En France et suite aux recommandations du CNGOF, la fréquence des épisiotomies est en baisse chaque année. En 2010 44,8% des primipares et 14,4% des multipares subissaient une épisiotomie. C'est plus qu'en 2016 où 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par voie basse en ont fait l'expérience. De plus cette baisse n'est pas associée à une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères. (20)

En effet, des études publiées par des maternités françaises ayant fait le choix de diminuer fortement leur taux d'épisiotomie ont conclu que la diminution du recours à l'épisiotomie n'augmentait pas la fréquence des lésions du 3^{ème} et 4^{ème} degré. À Besançon, une étude comparant les déchirures périnéales de 2003 (date à laquelle le taux d'épisiotomie était de 18,8%), à celles de 2010 (avec un taux de 1,3%), a démontré une augmentation significative du

taux de périnée intact, de déchirure antérieure et de déchirure du premier et second degré. Une diminution significative des déchirures périnéales avec rupture sphinctérienne a également été constatée (de 1 à 0.3%). (21)

Le réseau périnatal de Bourgogne a également conduit une étude sur ce sujet. Les résultats ont montré que la diminution du taux d'épisiotomie (35,8% entre 2003 et 2005 contre 16.7% entre 2012 et 2014) n'a pas entraîné d'augmentation du taux de déchirure du 3^{ème} degré (0.73% à 0.66%) ni de celles du 4^{ème} degré qui est resté à 0.14%. Cependant le taux de périnée peu lésionnel (grade 1) a augmenté passant de 17.6 à 42.1% et celui des périnées 2^{ème} degré a diminué passant de 20,5% à 13.5%. (22)

Dernièrement et face à l'ampleur du sujet des « violences obstétricales », l'Ordre des sages-femmes a tenu à s'exprimer dans un communiqué. Pour lui, ce sujet doit être étudié, le ressenti des femmes ne devant être en aucun cas nié ou minimisé. Cette problématique, de violence obstétricale serait directement liée à la place, au temps et à la qualité des dialogues qui leur est accordées. La majorité des professionnels concernés aurait la volonté de faire des accompagnements de qualité. Cependant leurs conditions de travail (augmentation du nombre de parturientes par sage-femme) pourraient altérer la qualité de cette prise en charge. L'ordre espère que le rapport sur les violences obstétricales, demandé par la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, permettra de définir plus précisément ce sujet qui fait débat et d'identifier des axes d'amélioration. Pour l'ordre cette amélioration passera par la réorganisation des maternités, en leur donnant des moyens supplémentaires, ainsi qu'en donnant aux femmes la place centrale qu'elle devrait occuper dans leur accouchement. (23)

L'épisiotomie est donc un geste qui fait débat, dont les bénéfices n'ont pas été prouvés et qui comporte un certain nombre de conséquences. La fréquence des épisiotomies n'est pas identique selon les établissements ni même les régions.

En effet, le réseau Aurore (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique régional) qui regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en Auvergne – Rhône-Alpes affichait en 2016 un taux moyen de 20.22% avec des taux allant de 7,42% à 33,51%. Certains établissements ont donc recouru quatre fois plus souvent à l'épisiotomie que d'autres.

La question que nous pouvons alors nous poser est :

Quels sont les éléments pouvant expliquer une telle différence du taux d'épisiotomie entre 2 maternités du réseau Aurore ?

L'enquête qualitative réalisée va donc tenter de répondre à cette problématique en faisant apparaître des hypothèses. La finalité de ce travail est basée sur une réflexion autour des pratiques quotidiennes en salle de naissance et autour de l'organisation des services. Il a pour but de rechercher un moyen de les améliorer et de tendre vers une politique plus restrictive de l'épisiotomie.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons décidé de conduire des entretiens auprès de médecins et de sages-femmes de deux maternités privées de même niveau présentant des taux d'épisiotomies allant du simple au triple.

MATERIEL ET METHODES

1. Population et méthode de recrutement

Nous avons sélectionné deux maternités du réseau Aurore présentant des taux d'épisiotomie extrêmes, mais dont les caractéristiques sont équivalentes.

La maternité A de type IIA est un établissement privé qui affichait pour l'année 2016 un taux d'épisiotomie de 32.61%.

La maternité B, elle aussi privée et de type IIA, présentait quant à elle un taux de 12.99% en 2016.

Il a été convenu de s'adresser au sein de ces établissements aux sages-femmes ainsi qu'aux médecins. Ces derniers ont été contactés soit directement lors d'un stage ou par courriel. Leurs profils ont été sélectionnés sur le principe de la variabilité maximale. (24,25) Pour des raisons de faisabilité, ils ont été interviewés par ordre de consentement.

Des sages-femmes ont été interviewées directement dans le service, sans prise de rendez-vous préalable, lorsque l'activité de la salle d'accouchement le permettait.

2. Outils d'enquête

2.1 Élaboration de la grille d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien disponible en Annexe 1. (26,27)

Afin de réaliser cette grille d'entretien, une enquête exploratoire a préalablement été menée. Cette enquête comprenait une revue de la littérature sur le sujet ainsi que des entretiens informels réalisés auprès d'experts du domaine.

Ces discussions nous ont permis de faire émerger des points importants à aborder au cours des différents entretiens. Ces différents points supposés avoir un impact sur la décision de réalisation d'une épisiotomie sont : l'organisation du service, l'organisation propre d'un

praticien au sein du service, la gestion du deuxième stade de travail ainsi que la description du moment même de la réalisation de l'épisiotomie.

Ainsi dans un premier temps, le professionnel était invité à s'exprimer sur sa formation et son parcours professionnel. Il leur était également demandé de faire le récit des accouchements effectués par leur soin ces 7 derniers jours. Cette demande nous permettait d'identifier les situations paraissant les plus intéressantes pour notre sujet afin de pouvoir les approfondir par la suite.

Dans un second temps, si certains axes importants n'avaient pas été abordés par les professionnels eux-mêmes, nous posions une question plus précise. L'ordre des questions était libre, afin de les adapter au mieux au discours des interviewés.

2.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 1 mois, entre le 19 septembre et le 20 octobre 2017. Après accord des médecins, nous avons convenu d'une date de rendez-vous à leur cabinet. Les rendez-vous avec les sages-femmes n'ont pas été prévus à l'avance, mais lorsque l'activité de la salle d'accouchement le permettait. Un lieu plus isolé en salle d'accouchement a alors été sélectionné.

Au début de chaque interview, nous réexpliquons l'objectif de l'étude. Les entretiens étaient enregistrés grâce à un dictaphone et ont été entièrement retranscrits par l'intermédiaire du site otranscribe.com.

L'anonymat des professionnels a été respecté, leur nom modifié et transformé en « Médecin/sage-femme n°... ». Le numéro que portait chaque médecin ou sage-femme a été attribué en fonction de leur établissement respectif et de l'ordre dans lequel les entretiens se sont déroulés.

2.3 Méthode d'analyse

Il a été convenu d'étudier les récits obtenus selon la méthode de l'analyse de contenu thématique. Chaque verbatim a été lu à plusieurs reprises afin de faire émerger des catégories permettant de construire des grilles d'analyses. Chaque entretien a été découpé en plusieurs extraits correspondants à des unités de sens permettant de les classer dans les thématiques précédemment identifiés.

Ce travail a été réalisé par l'intermédiaire du logiciel Sonal. (28)

Les entretiens ont été analysés au fur-et-à-mesure de façon à permettre l'ajustement de la grille d'entretien et de décider de la fin de l'enquête. Les entretiens se sont déroulés jusqu'à ce qu'au moins deux entretiens par catégorie professionnelle ne fassent émerger de nouveaux thèmes.

RÉSULTATS

Au total, nous avons réalisé 13 entretiens entre le 19 septembre et le 20 octobre 2017. Ils ont duré en moyenne 20 minutes, 11 minutes pour le plus court et 28 minutes pour le plus long.

Le tableau 1 présente la population étudiée : profession, sexe, lieu de formation et nombre d'années d'expérience.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

	Profession	Sexe	Lieu de formation initiale	Nombre d'années d'expérience
Maternité A	Médecin 1	Femme	Lyon	7
	Médecin 2	Femme	Lyon	34
	Médecin 3	Homme	Lyon	29
	Médecin 4	Homme	Lyon	21
	Sage-femme 1	Femme	Lyon	17
	Sage-femme 2	Homme	Brest	11
Maternité B	Médecin 1	Homme	Lyon	33
	Médecin 2	Femme	Lyon	18
	Médecin 3	Homme	Lyon	36
	Médecin 4	Femme	Lyon	4
	Sage-femme 1	Femme	Besançon	10
	Sage-femme 2	Femme	Nancy	23
	Sage-femme 3	Femme	Lyon	1

Chaque entretien a été analysé dans l'ordre de leur réalisation. Cette analyse a permis l'émergence de plusieurs thématiques. Au terme de ces 13 entretiens, nous avons décidé d'arrêter le recrutement, car nous arrivions à saturation des données. Cette saturation des données est illustrée par la figure 1.

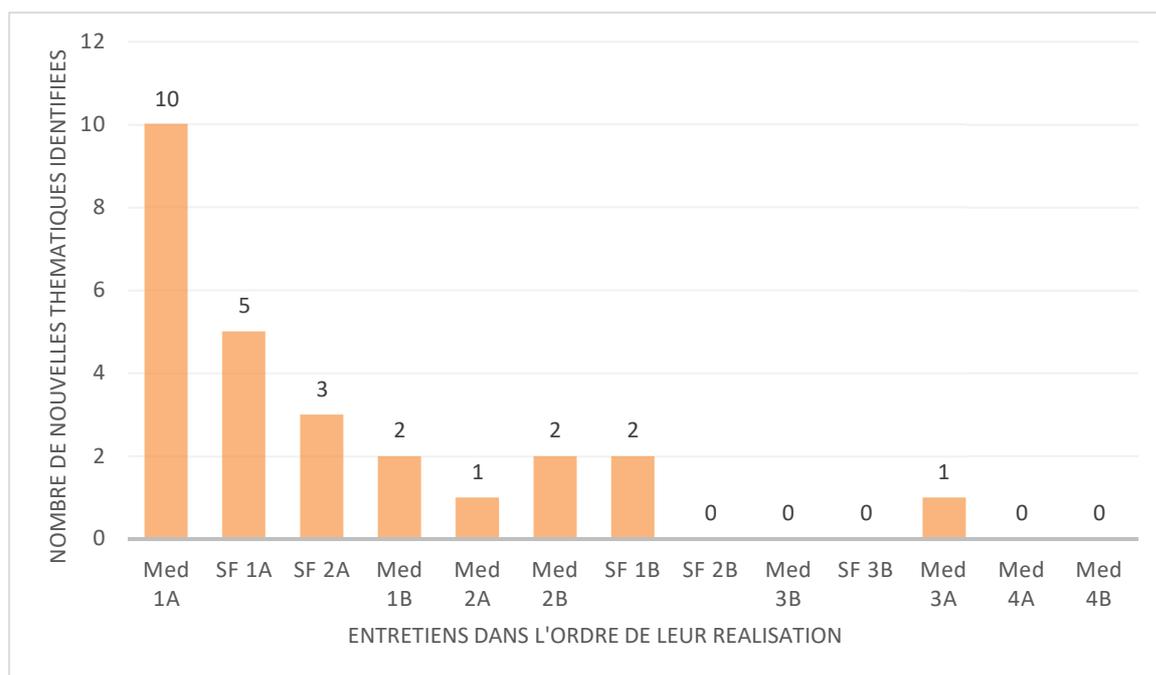


Figure 1 : Histogramme représentant l'arrivée à saturation des données

Afin de vous présenter les résultats de cette étude, nous avons choisi de regrouper en différentes parties les 26 thématiques identifiées dans les entretiens.

La première partie présentera les points communs et différences en termes d'organisation des services et des professionnels.

La seconde étudiera les impacts que peuvent avoir les consultations programmées sur la qualité de prise en charge des patientes en salle d'accouchement.

La troisième détaillera la phase d'expulsion (évaluation du périnée, indications d'épisiotomie et positions maternelles lors des efforts expulsifs).

Enfin, la dernière partie se concentrera sur les relations en place entre les médecins et sages-femmes de ces deux maternités.

1. Organisation

1.1 Organisation des services

– Fonctionnement global identique

Ces deux établissements sont comparables en terme de fonctionnement. En effet dans chacun d'entre eux, les médecins réalisent leurs accouchements la journée sur leur temps de consultation et parfois la nuit et le week-end. Un médecin de garde est systématiquement

présent nuit et jour. Le cabinet des médecins se situe dans les deux cas dans un bâtiment à proximité de la salle d'accouchement.

Médecin 1A : « Alors on a tous nos cabinets médicaux de consultation dans une maison médicale qui est à côté », « Dans la journée quand il y a des patientes qui accouchent on va les accoucher nous-même, et il y a un médecin de garde tous les jours et toutes les nuits, qui prend en charge les patientes de médecins qui ne serait pas là dans la journée et la nuit également. Sinon il y a une partie des médecins qui font leurs accouchements la nuit et le week-end, d'autres qui laissent tous leur accouchement à la garde. »

Médecin 1B : « Chaque praticien a son cabinet, ici au [centre médical] »

Médecin 2B : « On fait nos accouchements quand on est là, c'est à dire la journée ou quand on est de garde et après la nuit et le week-end c'est l'accoucheur de garde. »

Médecin 4B : « Il y a toujours un médecin de garde sur place. On a 3 gardes par mois globalement. On consulte toute la journée et on fait la salle d'accouchement en même temps. Donc on est appelés pour les accouchements, les césariennes pendant les consultations ».

Les sages-femmes ont également un fonctionnement similaire dans ces deux maternités. Elles effectuent des gardes de 12h de jour et de nuit. Elles restent dans le même service sur de longues périodes et fonctionnent par équipe.

– Existence d'un staff dans la maternité B

Une des différences que nous avons trouvées réside dans l'existence d'un staff hebdomadaire au sein de la maternité B. La maternité A n'organise pas de réunion systématique pour revoir les dossiers des patientes en équipes.

Médecin 4B : « On a un staff le vendredi, où l'on discute tous ensemble des dossiers qui nous posent problème »

Médecin 4A : « On ne fait pas de réunion parce qu'on n'a pas de protocoles communs, parce qu'on n'a pas tous les mêmes pratiques et qu'on n'arrive jamais forcément à s'entendre. Et que le principe de fonctionnement ici, c'est quand même la liberté individuelle de chacun. »

1.2 Organisation personnelle au sein des services

Chez les médecins interrogés, nous avons identifié deux types d'organisation.

– Accouchements eutociques effectués par les sages-femmes

Le premier, concerne les médecins ne réalisant jamais ou presque les accouchements eutociques selon les propos des professionnels interrogés. Dans ce cas-là, ils sont réalisés par la sage-femme en charge de la patiente. Le médecin est alors appelé pour l'accouchement et s'occupe seulement de la délivrance et de l'éventuelle suture à réaliser.

Médecin 2A : « C'est la sage-femme qui fait l'accouchement [...] C'est vrai que si c'est quelqu'un que je connais bien ou quelqu'un de ma famille bah c'est moi qui met les gants [rire]. Ou de temps en temps pour me faire plaisir. Faire un peu d'eutociques c'est pas mal quand même ».

Médecin 4A : « Je laisse les sages-femmes parce que c'est leur métier de faire des accouchements »

Sage-femme 1B : « Quand il n'y a pas d'instrument, c'est toujours nous, peu importe le médecin. »

Sage-femme 2B : « Quand c'est eutocique, c'est toujours la sage-femme »

Sage-femme 2A : « Dans le pourcentage avec le nombre de médecins qu'on a ici, tu vas avoir plus de la moitié qui nous laisse largement la main sans problème. Oui presque les $\frac{3}{4}$. »

– Accouchements eutociques effectués par les médecins

Le deuxième type d'organisation rencontré est celui des médecins réalisant eux même l'accouchement des patientes qu'ils ont suivi, qu'il soit dystocique ou non. Ces témoignages concernant les accouchements réalisés par les médecins ne concernent que la maternité A.

Médecin 1A : « Autant je laisse parfois les SF faire l'accouchement, mais lorsque c'est une primipare c'est toujours moi qui fais le dégagement »

Médecin 3A : « Les trois quarts du temps, c'est moi qui les fais. Je n'aime pas laisser les accouchements ».

Sage-femme 1A : « Il y en a qui font leur accouchement, d'autres qui nous laissent faire. »

Nous pouvons remarquer ici qu'il n'y a que dans la maternité A que certains médecins réalisent les accouchements eutociques. Nous notons également que le nombre d'années d'expérience de ces médecins ne semble pas être en lien avec leur désir de réaliser eux-mêmes les accouchements. En effet, le médecin 1A est le médecin ayant le moins d'expérience alors que le médecin 3A fait partie de ceux qui en ont le plus.

Ces derniers sont toujours réalisés par les sages-femmes dans la maternité B.

Nous nous interrogerons dans notre dernière partie concernant les relations entre professionnels sur les raisons évoquées par les médecins quant à leur choix de réaliser eux même les accouchements eutociques.

– Temps passé dans le service une fois l'accouchement terminé

Une autre différence en termes d'organisation dans ces deux maternités a été observée. En effet, ces entretiens nous ont aussi permis de voir que les médecins de la maternité A n'ont, dans la grande majorité des cas, aucun document à remplir à l'issue de leur accouchement, contrairement aux médecins de la maternité B. Nous pouvons également noter qu'au sein de la maternité B beaucoup de médecins ont pour l'habitude de réinstaller leur patiente une fois l'accouchement et la suture terminée. Notre observation sur le terrain au cours d'un stage dans la maternité A, nous a montré que la réinstallation des patientes par les médecins n'est pas une habitude du service.

Médecin 3A : « Non c'est la sage-femme qui fait tout. Sauf s'il y a un souci, à ce moment-là je remplis le dossier ».

Sage-femme 1B : « La plupart des médecins réinstallent les patientes, pas tous. La jeune génération oui, la vieille non. Après ils remplissent sur notre partogramme, il y a une petite case pour eux, ils remplissent, l'accouchement, la suture, les pertes, TV et TR s'ils ont fait. »

1.3 Les difficultés ressenties par les sages-femmes face à ces organisations

Chaque médecin a donc une organisation qui lui est propre et des exigences particulières. Une sage-femme s'est exprimée sur les difficultés qu'elle éprouve à gérer les attentes de chaque médecin.

Sage-femme 1A : « Non, mais ce n'est pas facile tous les jours, travailler dans le privé ce n'est pas évident. Pour gérer tel médecin qui veut être appelé à telle heure, à telle dilatation, il y a des médecins qui veulent être appelés à l'entrée de la patiente en salle d'accouchement, d'autres juste à l'accouchement. Y a des médecins avec qui il ne faut pas faire pousser la patiente avant, d'autres avec qui il faut et même si elle accouche avant ce n'est pas grave. Tout est médecin dépendant, il n'y en a pas un qui fonctionne pareil. »

Cette sage-femme travaille au sein de la maternité A. Dans la maternité B, aucune des sages-femmes interrogées n'a évoqué cette problématique.

Les sages-femmes de la maternité A semblent alors éprouver plus de difficultés quant à la gestion des habitudes de chacun. Or il faut savoir que le nombre de médecins exerçant au sein de la maternité A était de 20 lors des interviews contre seulement 11 dans la maternité B. Nous pouvons donc penser que cette différence d'effectif contribue aux difficultés ressenties par la sage-femme du premier établissement.

Pour conclure sur cette partie, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses :

L'organisation globale de chaque maternité serait identique et n'expliquerait pas une différence du taux d'épisiotomie.

Le plus grand nombre d'accouchements eutocique réalisé par les médecins au sein de la maternité A pourrait être en partie à l'origine de leur taux plus élevé d'épisiotomie.

Les sages-femmes de la maternité A auraient plus de difficultés à s'adapter aux demandes de chaque médecin.

2. Influence des consultations sur la prise en charge des patientes en salle de naissance

Dans les deux maternités, les médecins sont appelés pendant leur temps de consultation. Ils doivent alors interrompre leur activité de consultation pour un accouchement ou encore pour la réalisation d'une césarienne. Ces interruptions entraînent alors un retard plus ou moins important sur l'agenda des consultations. Ces retards peuvent être alors source de stress, les médecins doivent alors composer avec ces imprévus, s'adapter et gérer au mieux leur temps.

Dans cette seconde partie, nous allons voir comment les professionnels nous disent gérer ces retards.

2.1 Recours aux méthodes invasives

– Décisions non influencées par le retard pris

Nous pouvons distinguer deux groupes de praticiens, tout d'abord ceux dont la pratique ne semble pas être influencée par les retards.

Sage-femme 1B : « On ne fera jamais d'épisiotomie pour gagner du temps ça c'est sûr. Si c'est juste pour le timing de la consultation, on n'en fera jamais. »

Médecin 4A : « On est souvent en retard, moi j'essaie de ne pas faire de geste supplémentaire, de ne pas faire d'épisiotomie pour gagner du temps, de ne pas faire de ventouse à la va-vite. Enfin, j'ai l'impression que je fais comme ça. Peut-être que je suis mal honnête avec moi-même. », « Après je peux mettre les ventouses relativement vites quand on voit que c'est vraiment coincé, si t'as des anomalies de tracées, des ralentissements. Mais je ne vais pas faire d'épisiotomie pour gagner du temps. »

Médecin 1B : « Quand on a des brèches dans tous les sens qu'on met 1 heure pour suturer où est l'intérêt ? »

– Prédictions concernant l'issu de l'accouchement

D'autre part, certains médecins semblent, eux, être influencés dans leur pratique par cette organisation particulière.

Médecin 1A : « Si vraiment on voit que ça ne va pas le faire [pause] que la dame pousse comme une patate et que de toute façon ça va se terminer par une ventouse, c'est vrai que je ne vais pas la laisser pousser pendant 20 minutes pour terminer par une ventouse, je vais la laisser 10-15 minutes pour gagner un peu de temps quoi. »

*Médecin 2A : « lorsque ça se met à craquer tout le long et qu'on met très longtemps pour recoudre [...], il vaut mieux une petite épisiotomie complémentaire. »
« Même si le rythme est bon au bout d'un moment si elle ne pousse pas suffisamment, une petite épisiotomie va libérer un petit peu quand même, surtout bien sûr chez la primipare. »*

Nous voyons bien dans ces propos que certains médecins essaient de gagner du temps lors de l'expulsion. Le médecin 1A nous dit notamment qu'elle utilise parfois une ventouse seulement au bout de 10 minutes d'efforts expulsifs si elle pense que la patiente n'y arrivera pas.

– Durée des efforts expulsifs réduite

Nous remarquons également dans les propos précédents (médecin 2A) que même en cas de rythme cardiaque fœtal normal, elle ne laisse la patiente pousser que 20 minutes au lieu des 30 minutes habituellement autorisées. (11) Nous retrouvons, dans les propos d'autres professionnels que la durée des efforts expulsifs est souvent réduite.

Médecin 4A : « Il faut aussi lui donner les 20-25 minutes ».

Sage-femme 2A : « Dans le privé, les médecins ne sont plus très habitués à attendre du coup que la personne pousse 30 minutes [...] On sent un peu d'impatience ».

Le médecin 2A quant à elle avoue avoir recours facilement à l'épisiotomie pour permettre le dégagement en cas d'effort expulsif insuffisant. Nous pouvons nous interroger sur cette indication d'épisiotomie. En effet en cas d'effort expulsif insuffisant, ce n'est pas le périnée qui empêche la naissance, mais le défaut de progression. Le recours à une extraction instrumentale semble ici plus pertinent. Ce médecin avance également l'argument qu'une épisiotomie est plus facile et moins longue à recoudre qu'une déchirure spontanée.

Le médecin 1B avance également cet argument, mais celui-ci ne réalise que les accouchements dystociques.

Globalement, nous remarquons que les médecins de la maternité A semblent être plus influencés par leur retard que ne le sont les médecins de la maternité B.

Ces retards pourraient donc entraîner une augmentation du recours à l'épisiotomie et aux extractions instrumentales qui sont elles-mêmes souvent associées à une épisiotomie systématique.

Les médecins B doivent pourtant, eux aussi faire face à des retards et doivent en plus, comme nous l'avons vu, pour la plupart réinstaller leur patiente et remplir le dossier. Nous pouvons alors nous demander si un élément leur permet d'être moins interventionnistes.

L'hypothèse que nous pouvons formuler est la suivante :

Les médecins de la maternité A seraient plus invasif lors de l'accouchement expliquant en partie le taux plus élevé d'épisiotomie de leur établissement.

2.2 Temps à dilatation complète

– Phase de descente raccourcie

Au fil de la réalisation de ces entretiens, nous nous sommes rendu compte que le temps de descente de la présentation dans le bassin était parfois réduit.

Médecin 1A : « On m'a appelé quand elle était à DC », « Il peut y avoir une attente de 15 à 20 minutes, entre le moment où la SF m'appelle et où j'arrive si elle me dit qu'elle est à DC »

Médecin 2A : « Ça dépend après, tout dépend de la descente de la tête fœtale. On peut attendre facilement 1h parfois même jusqu'à 1h30 si besoin. »

Médecin 3A : « C'est moi qui suis venu spontanément vers 17h parce que [regard hésitant, se reprend] et en fait elle était à dilatation complète. »

« Si c'est une primipare, elles m'appellent dès qu'elle est à dilatation complète et j'arrive. Si c'est une deuxième, troisième pare je me fais toujours appeler vers 8 cm. »

« Je dépasse rarement une heure. Pour éviter des problèmes au niveau des membres, des paralysies, etc. À cause de la position, on peut avoir des problèmes de jambes. »

« Elle est arrivée à 3/4cm et le temps d'installer une péridurale elle est passée tout de suite à dilatation complète, donc la sage-femme m'a vite appelé. Donc je suis arrivée en trombe. Et c'est à elle que j'ai fait une ventouse. En fait ça stagnait bien. »

Sage-femme 2A : « Pour les EE, on laisse déjà le plus possible descendre la présentation, c'est vrai que des fois on se rend compte de l'évolution intéressante de la situation »

Le médecin 3A limite volontairement la phase de descente, pour lui cette phase serait délétère et pourrait être à l'origine de paralysie. Il demande donc aux sages-femmes de le prévenir dès qu'une patiente est à dilution complète ou dès 8cm si c'est une multipare. En réduisant cette phase de descente, les femmes ont alors moins de chance d'accoucher de façon eutocique dans le temps qui leur est imparti. Cette organisation entraîne donc une augmentation du risque d'extraction instrumentale et par conséquent d'épisiotomie. C'est ce qu'il se passe lorsqu'il nous raconte un des accouchements de sa semaine. Il a décidé de commencer les efforts expulsifs au moment où la patiente était à dilatation complète, avec une présentation sans doute encore haute. La progression n'étant pas satisfaisante il a donc réalisé une ventouse.

Nous remarquons que les médecins souhaitant réduire cette phase de descente appartiennent tous à la maternité A.

– Temps à dilatation complète suffisant

Dans d'autres cas, la phase de descente dans le bassin n'est pas écourtée par le professionnel, mais par l'évolution réelle de la hauteur de la présentation.

Médecin 1B : « C'est mur on pousse, si c'est trop tôt c'est trop tôt. Ça m'arrive de dire à la SF qui dit "tient on va pousser", "non on attend" ».

« 2 heures c'est déjà pas mal [...] Exceptionnellement 3 heures, mais quand ça traîne un peu, faut se méfier des épaules quand même »

Médecin 3B : « On prend beaucoup de temps à dilatation complète pour qu'il ait le temps de descendre. »

Sage-femme 1B : « On se laisse les deux heures, parfois un peu plus si on pense que ça sert à quelque chose. On peut se laisser du temps, on n'est pas pressé si tout le monde va bien, on attend », « Je m'installe vraiment au dernier moment, pour qu'elle ait moins à pousser. Pour une deuxième pare on peut s'installer même s'il est encore un peu haut, raisonnablement bien sûr. La primipare j'attends vraiment qu'il soit le plus bas possible si tout le monde va bien. »,

Sage-femme 3B : « Il devait être partie moyenne. Les efforts expulsifs étaient efficaces. Elle est restée à dilatation complète pendant 1h30, je me suis installée parce qu'il était bien descendu. Si le rythme est bon et que je peux me permettre d'attendre, je le fais ».

Médecin 4A : « J'essaie de laisser du temps pour que la présentation descende et pas faire pousser trop haut et ne pas partir de trop loin. »

Parmi les professionnels respectant la phase de descente nous remarquons que ceux-ci viennent tous de la maternité B, excepté le médecin 4A dont les pratiques semblent se rapprocher de celles de l'établissement B.

– Début des efforts expulsifs décidé par la sage-femme

Nous remarquons que la décision du début des efforts expulsifs semble souvent être prise par les sages-femmes de la maternité B. C'est à elles de déterminer qu'elle est le moment le plus favorable.

Médecin 2B : « Elles appellent pour nous dire quand elles sont à 8/9 ou pour nous dire elle est à dilatation complète donc je vais laisser descendre ou alors ça a été hyper vite on est à DC, à mon avis il faut s'installer vous en êtes où de votre consultation ? Elles prennent toujours la précaution, d'une demi-heure avant de pousser, de savoir où on en est ».

Sage-femme 1B : « La primipare j'attends vraiment qu'il soit le plus bas possible si tout le monde va bien. »,

Sage-femme 3B : « Si le rythme est bon et que je peux me permettre d'attendre, je le fais ».

Médecin 4A : « J'étais au cabinet quand elle m'a appelé pour me dire, c'est bon on va pouvoir s'installer pour pousser »

– Début des efforts expulsifs imposé par le médecin

Dans la maternité A, les médecins semblent davantage prendre la décision du début des efforts expulsifs et celle-ci ne semble pas être en lien avec l'envie ou non de pousser de la patiente. C'est donc aux sages-femmes ainsi qu'aux patientes de s'adapter aux plannings des médecins. En appelant précocement les médecins, sur leur demande, les sages-femmes participent au raccourcissement de la phase de descente. Les médecins à leur arrivée ont donc une impression clinique moins favorable, favorisant ainsi les extractions instrumentales.

Ces deux types d'organisation pourraient alors entraîner des accouchements différents, plus longs, plus traumatiques, avec des périnées qui ont moins le temps de s'amplifier.

En attendant que la présentation descende dans le bassin ou que la femme ressente l'envie de pousser, les sages-femmes, au contact permanent des patientes, favorisent la physiologie de l'accouchement.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante :

Le temps à dilatation complète serait restreint au sein de la maternité A, ce qui pourrait expliquer en partie le taux plus élevé d'épisiotomie dans cette même maternité.

3. La phase d'expulsion

Dans cette partie, nous allons voir que lors de cette phase, le périnée des patientes est évalué par les professionnels. Ces derniers décident alors de réaliser ou non des gestes sur le périnée afin de le détendre ou de faciliter le dégagement. C'est également lors de cette phase que l'indication d'épisiotomie est posée. Nous aborderons également les positions proposées dans chacune des maternités lors des efforts expulsifs.

3.1 Les manœuvres ou méthodes employées par les professionnels sur le périnée

Nous pouvons ici aussi distinguer deux groupes de professionnels.

Le premier comprend ceux étant plutôt actifs lors de l'expulsion, c'est-à-dire ceux qui massent le périnée, « attrapent les bosses », etc.

Médecin 2A : « Je stimule souvent le périnée, en balayant. », « Sur la primipare souvent on est un peu obligé de remonter les bosses »

Sage-femme 3B : « Si le périnée est souple pas spécialement. Si je le trouve un peu tendu ou qu'il y a des antécédents d'épisiotomie [...] ça m'arrive de masser. », « Parfois on va chercher les bosses quand il y a besoin d'accélérer [...] ou pour contrôler le périnée ».

D'un autre côté nous trouvons ceux désirant être le plus passifs possible et ne pas trop stimuler le périnée.

Sage-femme 1A : « J'essaie de ne rien faire, de ne pas trop masser le périnée »

Médecin 1A : « Main comme ça (main à plat) et l'autre main sur le périnée » « J'essaie de demander à la patiente de pousser en soufflant, je lui explique que là on essaye de ne pas faire déchirer le périnée donc il faut qu'elle pousse tout doucement »

Médecin 3A : « Je ne travaille pas trop le périnée moi. Très peu. Pour éviter qu'il soit inflammatoire [...], je ne masse pas. »

Sage-femme 1B : « Je retiens la tête forcément et moi souvent sur la dernière quand il est vraiment juste là, je leur demande de pousser en soufflant [...] je ne masse pas le périnée »

Médecin 3B : « Je ne fais rien. Il m'arrive de ne pas toucher au périnée, de ne pas mettre les doigts, je contrôle la tête juste quand le bébé est là. Je trouve que c'est trop agressif de laminer les périnées postérieures, des choses qui font des œdèmes. [...] il y a moins de déchirures. », « Périnées qui ont des déchirures transversales là où vous avez appuyé avec les doigts. »

Ces entretiens nous montrent que les pratiques entre les professionnels sont différentes même au sein d'une même maternité. Certains professionnels stimulent volontiers le périnée en le massant ou vont chercher les bosses afin de mieux contrôler le dégagement de la tête. D'autres préfèrent avoir une attitude plus passive et n'emploient pas ces manœuvres dans le but aussi de diminuer le risque de déchirures périnéales.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante :

Les manœuvres utilisées seraient propres à chacun et n'expliqueraient pas une différence de taux d'épisiotomie entre les maternités A et B.

3.2 Les indications

Dans cette partie nous nous intéresserons aux indications citées par les différents professionnels quant à la réalisation d'une épisiotomie.

- La distance ano vulvaire courte

Cette indication n'a été évoquée que par un seul médecin.

Médecin 4B : « J'aurais fait une épisiotomie parce qu'il y avait vraiment une distance qui était faible »

- Les anomalies du rythme cardiaque fœtal et tonicité du périnée

Sage-femme 1A : « Et anomalie du rythme pour sortir le bébé plus vite. »

Médecin 2B : « sur un accouchement normal sur la primipare où il y a des anomalies du rythme »

Sage-femme 1B : « ou s'il y a des troubles du rythme »

- La tonicité du périnée

Sage-femme 1A : « Quand le périnée est blanc quand ça tire... Ça dépend, tu sens si c'est rigide, si ça ne passe pas. »

Médecin 1A : « le périnée ne lâchait pas et qu'on en était à 20 minutes d'EE [...] périnée hyper tonique [...] il fallait choisir entre une petite ventouse et une petite épisiotomie, j'ai fait une épisiotomie. »

Médecin 1B : « Si c'est vraiment très rigide, ça ne passera pas. Ça c'est une indication d'épisiotomie »

Médecin 2B : « c'est vraiment rigide au niveau du périnée et qu'elles sentent que c'est ça qui bloque. »

Sage-femme 1B : « Je dirai que si elle est douloureuse, que le périnée est vraiment très très tonique »

Sage-femme 2B : « Si je vois que quand elle pousse il bute sur le périnée, que ça n'avance pas, je vais faire une épisiotomie, mais c'est très très rare en fait. »

➤ Le blanchiment du périnée

Médecin 3A : « Elle a eu une épisiotomie parce que ça a claqué au niveau de la face interne des deux lèvres, du coup on a fait une petite épisiotomie supplémentaire. »
« Si jamais ça craque trop dans tous les sens, il vaut mieux faire une épisiotomie. »

Médecin 1B : « Le blanchissement du périnée qui commence à se fissurer et que c'est du béton, il faut faire une petite épisiotomie. »

Médecin 2B : « sur une multipare qui a vraiment un périnée qui est en train de s'effriter, mais c'est rarissime. »

➤ Les extractions instrumentales

Médecin 1A : « Même pour les forceps je n'en fais plus de manière systématique. »

Médecin 3A : « J'ai fait une ventouse. En faite ça stagnait bien [...] c'était une OP, mais non elle poussait pas mal, mais ça bloquait. Je crois qu'il y avait un bon périmètre crânien pour l'enfant. J'ai fait une épisiotomie parce qu'elle avait un périnée (tape deux fois sur la table) et elle avait déjà eu une épisiotomie pour le premier aussi. »

Médecin 4A : « Quand tu as le diamètre de la tête plus les pelles et qu'après tu as un périnée complet, tu as quand même tendance à faire des épisiotomies systématiques. »

Médecin 2B : « Alors chez nous, on fait 10% d'épisiotomie, donc du coup c'est vrai que l'épisiotomie, ça va être principalement les forceps. »
« Moi j'avoue que plein de fois je ne l'ai pas fait sur le forceps et plein de fois j'ai regretté. »

Médecin 4B : « Je n'en fais pas pour les ventouses. Pour les forceps j'en fais souvent, mais pas tout le temps si je peux enlever les pelles. »

➤ La macrosomie

Médecin 4A : « Si je sais que c'est un gros et que j'ai peur de la dystocie je peux dire vaut mieux faire une épisiotomie. »

➤ L'antécédent d'épisiotomie

Médecin 3A : « J'ai fait une épisiotomie parce qu'elle avait un périnée (tape deux fois sur la table) et elle avait déjà eu une épisiotomie pour le premier aussi. »

➤ Les efforts expulsifs insuffisants

Médecin 2A : « Même si le rythme est bon au bout d'un moment si elle ne pousse pas suffisamment, une petite épisiotomie va libérer un petit peu quand même, surtout bien sûr chez la primipare. »

➤ L'œdème du périnée

Médecin 3B : « Je fais des épisiotomies sur des périnées très infiltrées, très œdématiées où on sait qu'on ne va pas contrôler. »

➤ L'accouchement du siège

Médecin 3B : « Je fais des épisiotomies que pour les sièges, parce que pour contrôler la tête, on est tellement content qu'elle sorte. [rire] On ne va pas attendre tout doucement. Le passage de la tête lamine vraiment le périnée à ce moment-là. »

Les entretiens réalisés dans ces deux maternités nous ont donc permis de mettre en évidence différentes indications suivies par les professionnels quant à la réalisation d'une épisiotomie. Parmi celles-ci nous retrouvons dans les deux maternités, celle concernant les anomalies de rythme cardiaque fœtal. Dans ce cas-là l'épisiotomie est réalisée afin de raccourcir la phase d'expulsion, lorsque c'est le périnée qui empêche la naissance.

Dans la maternité A, les autres indications suivies par les professionnels sont : les extractions instrumentales, la macrosomie, le début de déchirure du périnée, l'antécédent d'épisiotomie, le défaut de progression de la présentation ainsi que les efforts expulsifs insuffisants.

Dans la maternité B, nous ne retrouvons pas l'indication en cas de macrosomie, d'antécédent d'épisiotomie et de défaut de progression de la présentation. Cependant nous retrouvons d'autres indications telles que le périnée œdématié et l'accouchement du siège.

Nous pouvons dire que les indications suivies par les professionnels sont très variées. Elles ne se limitent pas aux anomalies du rythme cardiaque fœtal et à la distance ano vulvaire courte, même dans la maternité B qui affiche un taux d'épisiotomie de seulement 12,99%. Nous n'avons pas trouvé de lien entre le lieu de formation des professionnels et les indications suivies par ces derniers.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante :

Les indications suivies par les professionnels n'expliqueraient pas la différence du taux d'épisiotomie entre les maternités A et B.

3.3 Prise de décision et communication autour de l'épisiotomie

Nous verrons dans cette partie que la décision de réalisation d'épisiotomie n'est pas toujours prise par le même acteur et que la discussion autour de celle-ci n'est pas forcément évidente.

– Prise de décision en concertation

Dans certains cas, la prise de décision est commune et se fait de manière plus ou moins verbale.

Médecin 4A : « je laisse la sage-femme décider même si en général c'est d'un commun accord. »

Médecin 2B : « On se regarde souvent à ce moment-là [...] souvent on n'a pas besoin de le suggérer c'est elles qui gèrent, quoi. En général c'est d'un commun accord, on n'a pas besoin de parler devant la patiente. »

Sage-femme 1B : « En général c'est nous qui prenons la décision parce que c'est nous qui sommes à la tête. Mais après on s'envoie un peu des petits regards, ou ils viennent vers nous et ils nous font "est-ce que c'est un peu tonique ?" on comprend le message quoi. »

Sage-femme 3B : « Ça dépend, c'est souvent en concertation. Après c'est du langage non verbal. On se regarde, on sait qu'on parle de ça. Donc souvent on décide ensemble. Après si je sens que ça ne passe pas je vais le faire de moi-même aussi. »

– Influence des médecins sur les sages-femmes pour la réalisation d'une épisiotomie

Il arrive que certaines sages-femmes se sentent influencer par le médecin alors que ce sont elles qui réalisent l'accouchement. Cette influence des médecins sur les sages-femmes n'est pas ressortie des entretiens réalisés dans la maternité B.

Sage-femme 2A : « Dans la plus grande majorité des cas si le médecin laisse faire la sage-femme, parce qu'il y a des cas où le médecin fait l'accouchement, c'est nous qui avons la totale liberté de dire je ne fais pas ou je fais. Après il peut arriver que de temps en temps il y ait quelqu'un derrière toi qui vas te donner l'impression ou peut-être te donner un avis, mais en tout cas on nous laisse dans la grande majorité, l'autonomie. Si on nous a laissé la main, on nous laisse la main jusqu'au bout. »

Médecin 4A : « Ici, la sage-femme, peut faire une épisiotomie parce que le médecin lui demande, alors qu'elle-même ne l'aurait pas fait. »

Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse suivante :

Les sages-femmes pourraient être influencées par les médecins de la maternité A quant à la décision de réalisation d'une épisiotomie, entraînant une augmentation du taux de leur maternité.

– Volonté des sages-femmes de faire peu d'épisiotomie

Lors de ces entretiens, nous nous sommes également rendu compte qu'il existe au sein de la maternité B, une volonté des sages-femmes de faire baisser le taux d'épisiotomie.

Médecin 2B : « Les sages-femmes ici tiennent beaucoup à ne pas faire d'épisiotomie et comme c'est elles qui font les accouchements, on dépend un peu d'elles. Si elles ne veulent pas la faire, elles ne la feront pas. Ça vient beaucoup plus de nos sages-femmes que des médecins. », « Une sage-femme qui prend les ciseaux chez nous c'est tellement rare qu'on la laisse faire, après elles font des petites épisiotomies ».

Médecin 4B. À la question : Avez-vous déjà été en désaccord avec la sage-femme sur une épisiotomie ?

« Honnêtement cela ne s'est pas produit. Ici les sages-femmes font très peu d'épisiotomie alors c'est plus dans l'autre sens, par excès [...] Peut-être il y a une fois où moi j'aurais fait une épisiotomie, je pense, mais au final il n'y a même pas eu de périnée complet. »

– Présence d'un leader au sein de la maternité B

Nous avons le sentiment que des médecins pourraient être à l'origine de cette volonté de ne pas faire d'épisiotomie.

Sage-femme 1B : « nos médecins ne sont vraiment pas pro épisiotomie, il y en a même qui nous interdisent. Enfin ils ne sont plus là, mais si on avait dans l'idée de vouloir prendre les ciseaux, ils nous disaient non. »

Ici l'hypothèse que nous pourrions formuler est :

La présence de leaders par le passé dans la maternité B, aurait influencé la pratique des sages-femmes exerçant toujours dans l'établissement et pourrait expliquer leur taux plus faible d'épisiotomie.

En ce qui concerne, les possibilités de discussion autour de ce sujet entre médecin et sage-femme ou entre médecins les réponses sont variées.

– Absence de communication autour de l'épisiotomie

*Sage-femme 1A : À la question « les médecins connaissent-ils leur taux ? »
« Je pense qu'ils s'en fichent. On ne parle pas vraiment d'épisiotomie et entre eux les
médecins ne se parlent pas ».*

*Médecin 4A : « On ne sait pas du tout comment travaillent les autres. On ne se voit jamais
les uns les autres. Ce qu'on peut savoir les uns des autres, c'est par l'intermédiaire des sages-
femmes, sur les techniques des uns des autres. Les sujets de discussion ce n'est pas tellement
ceux-là, ce n'est pas la technique. », « Ce n'est pas un sujet tabou, mais ce n'est pas un sujet
dont on parle forcément beaucoup. »*

Nous remarquons ici que sage-femme et médecin de la maternité A ont un discours allant dans le même sens. L'épisiotomie n'est pas au centre des discussions tout comme le reste de leurs prises en charge. En effet, nous avons vu précédemment qu'il n'existait pas de staff au sein de la maternité A. Les médecins semblent être plus indépendants les uns des autres, ils ne savent pas comment travaillent leurs collègues. La communication permet de se comparer aux autres, de se remettre en question dans le but d'améliorer ses pratiques.

*Médecin 4A : « le principe de fonctionnement ici, c'est quand même la liberté individuelle
de chacun. »*

– Communication aisée sur le sujet

Chez les sages-femmes de la maternité B, la communication autour de ce sujet semble plus aisée. En pouvant donner leur avis et entendre celui des médecins, les sages-femmes ont la possibilité d'améliorer leur pratique.

*Sage-femme 1B : « Après l'accouchement, le médecin peut nous dire que lui ne l'aurait pas
faite, et après on discute. Après on passe à autre chose, c'est entre nous de façon informelle.
On ne doit pas se justifier. »*

*Sage-femme 2B : « Ils nous laissent travailler, on fait ce qu'on veut, en tout cas moi j'ai
l'impression. », « On peut avoir ce genre de discussion ».*

Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse suivante :

Il y aurait une volonté des sages-femmes de faire diminuer le taux d'épisiotomie et une meilleure communication autour de ce sujet au sein de la maternité B pouvant être à l'origine du leur taux moins élevé d'épisiotomie.

– Non-connaissance des taux individuels d'épisiotomie

Lors des interviews nous nous sommes rendu compte que les professionnels interrogés dans la maternité A comme dans la maternité B, n'avaient pas connaissance de leur taux individuel d'épisiotomie et avaient du mal à l'estimer.

Sage-femme 2B « Oula euh je dirai 15%, pas plus. J'en fais vraiment très très rarement ».

Sage-femme 2A « Non je ne sais pas »

Sage-femme 3B : « J'en fais peu, non je n'en fais vraiment pas souvent. Franchement depuis que je suis là, j'ai dû en faire moins de 10. »

En revanche certains médecins de la maternité B avaient connaissance du taux d'épisiotomie de leur maternité.

Médecin 2B : « Alors chez nous, on fait 10% d'épisiotomie »

Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse suivante :

Certains médecins auraient connaissance du taux d'épisiotomie de la maternité B ce qui pourrait montrer un plus grand intérêt pour ce sujet.

3.4 Les positions maternelles adoptées lors des efforts expulsifs

Au cours des entretiens réalisés, les professionnels ont avoué proposer seulement l'accouchement en position gynécologique et en décubitus latéral.

Ceci est vrai dans la maternité A comme dans la maternité B.

Les maternités A et B proposeraient les mêmes positions lors des efforts expulsifs, n'expliquant pas leur différence quant au nombre d'épisiotomies.

4. Relations entre les professionnels

La classification des relations qu'entretiennent les professionnels entre eux est apparue à de nombreuses reprises au cours de ces entretiens.

– Environnement agréable

Pour beaucoup d'entre eux, les relations au sein de l'équipe sont excellentes. Les médecins font confiance aux sages-femmes qui semblent avoir un pouvoir important dans le choix des conduites à tenir.

Médecin 2B : « Le fait qu'il y a une bonne complicité entre les médecins et les sages-femmes, ça roule. On ose dire les choses. »

Médecin 4B : « Ça se passe très bien elles sont super. »

Sage-femme 1B : « Ici c'est plutôt sympa, il y a toujours une différence entre la jeune et la vieille génération. On s'entend quand même bien. On arrive à discuter si on n'est pas tout à fait d'accord. »

Sage-femme 2B : « Bien, si ça n'allait pas moi je serais déjà partie depuis longtemps. C'est vraiment un travail d'équipe, ils nous font confiance. Après si on a une patiente, avec une conduite à tenir, moi je leur dis ce que je pense et après ils me disent oui ou non. Mais généralement ils font ce qu'on propose. »

Nous avons remarqué à la suite de ces entretiens que le discours des professionnels de la maternité B est unanime. Les relations au sein de la maternité sont excellentes. Les médecins font confiance aux sages-femmes, ils leur laissent de la place, elles peuvent alors exercer toutes leurs compétences propres à la profession. Les sages-femmes sont ainsi libres de poser ou non une indication d'épisiotomie, elles ne subissent pas de pression des médecins.

– Établissement d'une relation de confiance plus difficile

Parfois, la relation de confiance est plus difficile à mettre en place et les relations ne sont pas aussi bonnes.

Médecin 1A : « Elles m'appellent quand il y a quelque chose qui ne va pas et moi j'appelle régulièrement parce que parfois enfin ça dépend [rire] parce qu'avec quelle SF on travaille, il y en a avec qui on [hésitation/pause] a plus confiance que d'autres où on sait qu'elles sont un petit peu lentes donc voilà. Des fois il faut un peu booster les choses pour que ça avance. »

« Autant je laisse parfois les SF faire l'accouchement, mais lorsque c'est une IP c'est toujours moi qui fais le dégagement. Parce qu'une fois la SF n'arrêtait pas d'appuyer sur la tête vers le bas et je lui disais stop et au final elle a fait un périnée complet. »
« J'arrive à me faire une idée sur 3/4 patientes. »

Médecin 2A : « Globalement moi je suis satisfaite ça se passe bien. C'est vrai qu'il y a une ou deux sages-femmes qui sont en salle d'accouchement maintenant et effectivement je suis plus alertée et je pense qu'il y a un manque de vision [pause] positive. C'est souvent une pas très bonne gestion de l'accouchement, de l'analyse du rythme, etc. On a tous la même opinion sur les mêmes. »

Médecin 3A : « Les trois quarts du temps, c'est moi qui les fais. Je n'aime pas laisser les accouchements [...] Ça dépend de qui est la sage-femme en faite. Quelqu'un que je connais depuis longtemps, avec qui j'ai l'habitude. »

Sage-femme 1A : « Ça dépend des médecins aussi, ça ne se passe pas toujours mal [...] Ce n'est pas facile tous les jours [rire] ce n'est pas facile tous les jours pour les sages-femmes, mais bon ».

Sage-femme 2A : « Peut-être qu'un médecin qui ne connaît pas la sage-femme aura peut-être tendance à vouloir un peu driver et fais un peu moins confiance. Il faut un peu faire ses preuves avec les médecins, forcément. »

Dans la maternité A, le manque de confiance de quelques médecins envers certaines sages-femmes est bien visible.

Le médecin 1A ne laisse plus les sages-femmes accoucher les primipares suite à un accouchement ne s'étant pas bien passé. Le médecin 3A lui ne laisse qu'un quart de ces accouchements aux sages-femmes en qui il fait confiance.

Ce manque de confiance est peut-être ressenti par les sages-femmes lorsqu'elles réalisent un accouchement. Elles peuvent alors ressentir une certaine pression de la part des médecins, les poussant ainsi à réaliser une épisiotomie alors qu'elles-mêmes n'en auraient pas fait.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante :

Le manque de confiance à l'égard des sages-femmes de la maternité A pourrait être responsable d'une augmentation de leur taux d'épisiotomie

DISCUSSION

1. Synthèse

Notre étude avait pour objectif d'identifier des facteurs pouvant être responsable d'une différence de taux d'épisiotomie entre les maternités A et B. À l'issue de l'analyse de chaque entretien puis de l'analyse des entretiens entre eux nous avons pu formuler différentes hypothèses.

Celles permettant d'expliquer la différence de taux entre ces deux établissements sont au nombre de neuf et sont les suivantes.

- Le plus grand nombre d'accouchements eutociques réalisés par les médecins au sein de la maternité A pourrait être en partie à l'origine de leur taux plus élevé d'épisiotomie.
- Les sages-femmes de la maternité A auraient plus de difficultés à s'adapter aux demandes de chaque médecin.
- Les médecins de la maternité A seraient plus invasifs lors de l'accouchement expliquant ainsi en partie le taux plus élevé d'épisiotomie de leur établissement.
- Le temps à dilatation complète serait restreint au sein de la maternité A, ce qui pourrait expliquer en partie le taux plus élevé d'épisiotomie dans cette même maternité.
- Les sages-femmes pourraient être influencées par les médecins de la maternité A quant à la décision de réalisation d'une épisiotomie, entraînant une augmentation du taux de leur maternité.
- La présence de leaders par le passé dans la maternité B, aurait influencé la pratique des sages-femmes exerçant toujours dans l'établissement et pourrait expliquer leur taux plus faible d'épisiotomie.
- Il y aurait une volonté des sages-femmes de faire diminuer le taux d'épisiotomie et une meilleure communication autour de ce sujet au sein de la maternité B pouvant être à l'origine de leur taux moins élevé d'épisiotomie.
- Certains médecins auraient connaissance du taux d'épisiotomie de la maternité B ce qui pourrait montrer un plus grand intérêt pour ce sujet.

- Le manque de confiance à l'égard des sages-femmes de la maternité A pourrait être responsable d'une augmentation de leur taux d'épisiotomie

À partir de ces hypothèses, nous pouvons dessiner différents profils de médecins et de sages-femmes.

Le premier profil de médecin que nous pouvons faire serait celui du praticien travaillant de façon très individuelle, ne laissant pas ou peu les sages-femmes réaliser les accouchements eutociques. Un praticien souhaitant tout maîtriser, avec qui la seconde phase de travail est réduite du fait qu'il prédit comment l'accouchement va se terminer pour gagner du temps.

Ce profil pourrait être à l'origine d'une pratique globalement plus interventionniste et pourrait expliquer plus spécifiquement une pratique plus fréquente de l'épisiotomie.

Le deuxième profil serait celui d'un médecin travaillant en collaboration avec les sages-femmes, leur faisant confiance, les laissant ainsi décider du moment de début des efforts expulsifs et n'étant pas systématiquement présent dès le début de ceux-ci.

Nous remarquons que les médecins ressemblant au profil numéro 2 sont les médecins de la maternité B et le médecin 4A.

Le profil numéro un correspondrait à tous les autres médecins de la maternité A, ce qui pourrait alors expliquer leur taux plus élevé d'épisiotomie.

Pour les sages-femmes, nous pouvons également dresser deux types de profils.

Le premier correspondrait aux sages-femmes ne se sentant pas en confiance avec les médecins et qui pourraient être influencées par ces derniers quant à la décision de réalisation d'une épisiotomie. Ce profil pourrait être responsable d'un recours excessif à cet acte.

Le deuxième correspondrait aux sages-femmes en qui les médecins font pleinement confiance, qui réalisent tous les accouchements eutociques et ne ressentant pas de pression lors du dégagement. Elle aurait également la volonté de faire baisser le taux d'épisiotomie. Cette volonté aurait été également renforcé par la présence dans le passé de leader d'opinion. La réalisation hebdomadaire d'un staff pourrait également avoir une influence sur le choix d'une épisiotomie.

Nous remarquons que les sages-femmes de la maternité A semblent correspondre au profil n°1, pouvant ainsi expliquer qu'un plus grand nombre d'épisiotomies est réalisé dans cet établissement. Les sages-femmes de la maternité B seraient, elles, plus nombreuses à correspondre au profil n°2.

2. Limites et forces de l'étude

Énonçons les limites et les forces de notre enquête.

Tout d'abord, il peut y avoir un biais de mémoire. En effet nous demandions à chaque professionnel de se remémorer les accouchements qu'il avait réalisés ces 7 derniers jours. Nous pouvons penser que des détails ont pu être oubliés ou que des situations ont pu être mélangées. Nous souhaitions interroger des professionnels ayant fait récemment une épisiotomie or les rendez-vous étaient pris bien à l'avance donc parfois les professionnels n'avaient pas récemment réalisé d'épisiotomie. Nous avons donc dû poser des questions plus larges sur celle-ci. Nous avons essayé de limiter les biais dans les réponses des interviewés en choisissant de ne pas leur divulguer l'objectif précis de ce mémoire.

Nos entretiens ont duré en moyenne 20 minutes, ce temps réduit s'explique par le fait que des rendez-vous de seulement 30 minutes ont pu être fixés avec les médecins. Les sages-femmes étant interviewées pendant leur garde ne pouvaient pas s'absenter très longtemps. Cependant les conditions d'interview ont été les mêmes dans pour les deux établissements.

Notre étude peut présenter également un biais de subjectivité. En effet, avant notre étude nous avons déjà formulé quelques hypothèses, celles-ci nous ont peut-être amenées à approfondir l'enquête sur ces thèmes-là.

Il existe aussi un biais lié à notre formation, notre analyse a été faite avec une culture d'étudiante sage-femme, il n'y a pas eu d'analyse en triangulation. Cette culture peut également être une force.

Enfin, nous sommes conscients que notre étude porte sur un nombre restreint de cas. Nous ne pouvons pas extrapoler les pratiques des médecins et sages-femmes interrogés à tous les professionnels des deux établissements. Cependant ces 13 entretiens représentent une base

de données riche et intéressante. Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous arrivions à saturation des données. De plus, nous avons réussi à respecter le principe de variabilité maximale, nous avons en effet interrogé des hommes et femmes avec un nombre d'années d'expérience varié.

La transcription des entretiens, respectant le discours des interviewés, et l'analyse de ceux-ci nous ont permis de mettre en évidence des hypothèses répondant à notre objectif initial. Ce travail nous a permis d'identifier des axes d'améliorations de nos pratiques que nous allons maintenant vous présenter.

3. Axes d'amélioration

Notre étude nous a donc permis de dresser une hypothèse finale selon laquelle les différents profils de professionnel pourraient être à l'origine des taux différents d'épisiotomie. Ces profils différents viennent de deux organisations différentes l'une collaborative, l'autre individuelle. Nous pouvons alors penser que si les professionnels venaient à modifier leur organisation ils pourraient ainsi changer de profil type.

Afin de vérifier cette hypothèse et de pouvoir ainsi formuler des axes d'amélioration, une étude quantitative devra être réalisée. Celle-ci devra adresser à un grand nombre de praticiens un questionnaire permettant d'attribuer à chacun un profil et de définir leur taux individuel d'épisiotomie. Elle devra ainsi étudier s'il existe une corrélation statistiquement significative entre le profil type et le taux d'épisiotomie.

Nous allons maintenant voir, quelles modifications pourraient être apportées si notre hypothèse venait à être validée.

3.1 Respecter la phase de descente

La phase de descente, aussi appelée phase passive, commence au premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et se termine aux premiers efforts expulsifs.

Comme nous l'avons vu, la durée de cette phase serait écourtée dans la maternité A du fait d'un manque de confiance envers les sages-femmes et envers les patientes.

Selon les dernières recommandations de l'HAS concernant l'accouchement normal, il n'est pas recommandé de commencer les efforts expulsifs dès l'identification de la dilatation complète, mais de laisser descendre la présentation du fœtus (grade A). Débuter les efforts expulsifs lorsque la patiente ressent l'envie impérieuse de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen, lorsque l'état maternel et fœtal le permet, permet de diminuer le recours à la césarienne ou à une extraction instrumentale. (11) De ce fait le recours à l'épisiotomie est également diminué.

En ce qui concerne la durée maximale de cette phase passive, les données de la littérature ne permettent pas de la déterminer précisément. Celles-ci montrent une augmentation de la morbidité maternelle au-delà de trois heures, elle pourrait être liée aux interventions qui pourraient être entreprises. (11)

En respectant ces recommandations, la différence observée entre ces deux maternités, concernant le taux d'épisiotomie, pourrait ainsi être réduite.

Un moyen de parvenir à respecter ces recommandations serait de laisser les sages-femmes, aux contacts permanent des femmes, décider du moment opportun pour débiter les efforts expulsifs, c'est-à-dire lorsque la patiente ressent l'envie de pousser ou lorsque la présentation est basse.

Nous pouvons penser que d'une manière générale, l'application de ces recommandations pourrait faire baisser le taux national d'épisiotomie.

3.2 Respecter la phase d'expulsion

Notre étude nous a montré que cette phase pourrait être réduite au sein de la maternité A.

En effet, dans les établissements privés les médecins doivent souvent essayer de rattraper leur retard. Ils prédiraient l'issue de l'accouchement et seraient alors tentés de réaliser plus rapidement une extraction instrumentale ou une épisiotomie pour gagner un peu de temps.

Les données de la littérature ne permettent pas actuellement de recommander précisément une durée maximale de la phase d'expulsion. (11) Autrefois nous pouvions lire dans les RPC « il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalie du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise (30 minutes chez la primipare) pour cette phase ». Cela suppose que l'on autorise la patiente à pousser 30 minutes en cas de RCF non pathologique avant d'intervenir.

Les bénéfices d'une extraction instrumentale dès 30 minutes n'étant pas prouvés sur l'état néonatal et périnéal par rapport à un second stade prolongé, nous pouvons nous interroger sur celles réalisées avant ces 30 minutes. En effet, aucune étude à notre connaissance ne permet de conclure que la durée des efforts expulsifs est associée à un sur risque de déchirures périnéales sévères. (29)

Pour réduire l'écart en terme de taux d'épisiotomie entre ces deux maternités, il faudrait alors que les médecins de la maternité A accordent plus de temps aux patientes lors des efforts expulsifs et leur fasse confiance, lorsque le rythme cardiaque fœtal le permet.

Pour réussir à mettre en place ces recommandations, sans changer le fondement de l'organisation des maternités privées et sans faire prendre trop de retard aux médecins, les sages-femmes pourraient par exemple débiter les efforts expulsifs avant que le médecin n'arrive, notamment chez la primipare.

Nous pouvons penser que le respect de ces recommandations pourrait faire baisser le taux national d'épisiotomie, notamment dans les établissements privés.

3.3 Rendre obligatoire l'inscription de l'indication de l'épisiotomie dans les dossiers et communiquer les taux individuels d'épisiotomie

Au cours de nos observations sur le terrain, nous avons remarqué que pour la maternité A comme pour la maternité B, l'indication de l'épisiotomie lors de l'accouchement n'était pas tracée dans les dossiers obstétricaux.

Leur inscription dans les dossiers pour chaque accouchement permettrait à la sage-femme et au médecin de s'interroger sur leur pratique et ainsi réduire individuellement le taux global d'épisiotomie.

Nous avons également remarqué que les professionnels interrogés n'avaient pas connaissance de leur taux personnel d'épisiotomie et avaient du mal à l'estimer.

L'évaluation des pratiques est un axe de la formation continue des professionnels. La communication systématique des taux d'épisiotomie individuels mensuel ou annuel contribuerait également à diminuer le taux global d'épisiotomie (grade B). (9)

3.4 Uniformiser les pratiques

En ce qui concerne la protection du périnée lors de l'expulsion nous avons mis en évidence les pratiques des professionnels seraient différentes au sein de chaque maternité.

Du point de vue de la littérature les données ne sont pas suffisantes pour recommander une technique de dégagement de la tête fœtale. La technique « hands on », utilisée en France, semble quand même être plus faiblement associée aux déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré. L'application de compresses chaudes permettrait de réduire le risque de déchirure de grade 3 et 4 (preuve de qualité modérée). (30) Il n'existe pas de données permettant de recommander une technique de dégagement des épaules du fœtus ni l'accompagnement du mouvement de restitution de la tête fœtale. La manœuvre de Ritgen en systématique n'est pas recommandée lors de l'accouchement normal dans le but de protéger le périnée (grade B). Le massage du périnée lors de ce même stade n'est pas recommandé (grade C). (11,31)

Il faudrait alors mener des études supplémentaires pour évaluer le bien-fondé de ces interventions à visée préventive du recours aux épisiotomies.

Nous avons également observé que les professionnels de la maternité A et ceux de la maternité B ont recours à l'épisiotomie dans des situations variées.

Dans la maternité A, les discussions autour de celle-ci semblaient plus difficiles alors que dans la maternité B les professionnels ne semblent pas hésiter à en parler entre eux. Il existe aussi au sein du deuxième établissement un Staff permettant de discuter des accouchements. La présence d'un médecin, n'exerçant plus actuellement, pourrait également avoir eu un impact sur la baisse du taux d'épisiotomie.

Dans les dernières recommandations de l'HAS sur l'accouchement normal nous pouvons trouver :

« Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère (grade B). Aucune circonstance obstétricale spécifique (telle qu'une anomalie du RCF, une fragilité périnéale, ou une extraction instrumentale) ne justifie une épisiotomie systématique, mais dans toutes ces situations, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur. Si une épisiotomie est réalisée, elle doit être médio-latérale et non médiane (grade A) ». (11)

Ces nombreuses incertitudes sur la place et les bénéfices de l'épisiotomie pourraient être responsables des taux variables d'épisiotomie au sein de ces deux maternités, tout comme dans l'ensemble des maternités françaises. Une réflexion au sein de chaque établissement sur la pratique de l'épisiotomie permettrait l'élaboration d'un protocole de service et permettrait d'uniformiser les taux d'épisiotomies.

Dans certaines maternités, comme celle de Besançon, affichant un taux d'épisiotomie inférieur à 1%, la présence d'un leader a permis de mettre en place une politique très restrictive d'épisiotomie. Dans la littérature nous pouvons effectivement retrouver que la présence d'un leader permettrait de réduire le recours aux épisiotomies (grade B). (9) (32) Dans la logique d'une politique restrictive de l'épisiotomie, il faudrait alors désigner un leader afin de voir diminuer son taux.

CONCLUSION

Face aux disparités concernant les taux d'épisiotomies entre les régions et au sein de celles-ci, notre étude avait pour objectif d'identifier les facteurs pouvant être responsables de ces différences. Les 13 entretiens que nous avons menés auprès de médecins et de sages-femmes, de deux établissements privés du réseau Aurore, nous ont permis de formuler plusieurs hypothèses.

Celles-ci nous ont montré que les facteurs étaient essentiellement organisationnels et relationnels. Contrairement à ce que nous aurions pu penser la formation initiale des professionnels ni les indications d'épisiotomies suivies par ces derniers dans les maternités ne semblaient pas différentes et être responsables de l'écart des taux.

Ces hypothèses nous ont également permis de dessiner deux profils types de médecin et de sage-femme.

L'équipe obstétricale de la maternité A comprendrait plus de médecin correspondant au profil associé à une pratique excessive de l'épisiotomie. Ces derniers travailleraient de manière individuelle, leur manque de confiance envers les femmes et les sages-femmes les pousseraient à réaliser eux-mêmes les accouchements eutociques. Leur prédiction concernant l'issu de l'accouchement les encouragerait à réaliser plus précocement une épisiotomie ou une extraction instrumentale.

Les sages-femmes de la maternité A seraient également plus nombreuses à correspondre à un profil lié à un recours plus fréquent à l'épisiotomie. À cause du manque de confiance de la part des médecins, elles pourraient subir plus de pression lors de l'accouchement et être incitées à réaliser une épisiotomie alors qu'elle-même ne l'aurait pas faite.

Le taux plus élevé d'épisiotomie de la maternité A comparé à la maternité B serait alors expliqué par la présence dans cette maternité, de médecins et de sages-femmes ayant un profil associé à un recours plus fréquent à l'épisiotomie.

Pour confirmer cette hypothèse, une étude quantitative doit être réalisée. Celle-ci devra montrer s'il existe une corrélation statistiquement significative entre le profil de collaboration médecin/sage-femme et les taux annuels d'épisiotomie de ces équipes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ould F. A treatise of midwifry, in three parts. American Journal of Obstetric and Gynecology. 1995;172(4):1317-9.
2. Ricquebourg H. Revue de la littérature concernant l'épisiotomie depuis les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France de 2005. Ecole de sages-femmes de Poitiers; 2015.
3. Lansac J. Pratique de l'accouchement. 5^e éd. Paris: Elsevier masson; 2011.
4. Schaal J. Mécaniques et techniques obstétricales. 4^e éd. Paris: Sauramps médical; 2012.
5. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H et al. L'épisiotomie - Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;35(S1):40-51.
6. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tear [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
7. Villot A, Deffieux X, Demoulin G et al. Prise en charge des périnées complètes (déchirure périnéale stade 3 et 4) : revue de la littérature. Rev Sage-Femme. févr 2016;15(1):10-8.
8. Tracker S, Banta H. Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstetrical and Gynecological Survey. 1983;38(6):322.
9. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie [Internet]. 2005 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#comment
10. Harrison R. Is routine episiotomy necessary? British Medical Journal. 1984;288(6435):1971-5.
11. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017.
12. Posner G. Oxorn-Foote Accouchement et naissance. Paris: Maloine; 2014.
13. Merger R. Précis d'obstétrique. 6^e éd. Paris: Masson; 2001.
14. Marpeau L. Traité d'obstétrique. Paris: Elsevier masson; 2010.

15. Langer B, Minetti A. L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* .2008;35(S1):59-67.
16. Graiam I. Episiotomy rates around the world : an update. *Birth*. 2005;32(3):219-23.
17. Frankman EA, Wang L, Bunker CH et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*. mai 2009;200(5):573.e1-7.
18. Kozhimannil KB, Karaca-Mandic P, Blauer-Peterson CJ et al. Uptake and Utilization of Practice Guidelines in Hospitals in the United States: the Case of Routine Episiotomy. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. janv 2017;43(1):41-8.
19. Blondel B, Alexander S, Prunet C et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries : a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(7):746-54.
20. Blondel B, Coulm B, Bonnet C et al. Enquête nationale périnatale rapport 2016. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 8 déc 2017;46(10):701-13.
21. Chehab M, Courion M, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *La revue sage-femme*. 2014;13(6):278-84.
22. Ginod P, Khallouk B, Benzenine E et al. Évaluation de la pratique restrictive de l'épisiotomie et de l'impact sur les déchirures périnéales au sein du Réseau périnatal de Bourgogne. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 9 nov 2017;45(9):1165-71.
23. Collège national de L'ordre des sages-femmes. Rapport sur les violences obstétricales [Internet]. 2017 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>
24. Guest G, Mitchell M. *Collectif qualitative data : a field manual for applied research* Thousand Oaks. London: SAGE; 2012.
25. Poupart J. *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaetan Morin Ed Limitee. 1997;113-69.
26. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative : les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. 2ème édition. Paris: Vuibert; 2016.
27. Fenneteau H. *L'enquête : entretien et questionnaire*. 3ème édition. Paris: Dunod; 2015.
28. Alber A. *Sonal*. Université F. Rabelais;

29. Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2008;37(4):325-8.
30. Aasheim V, Nilsen A, Reinar L. Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux [Internet]. Cochrane. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: [/fr/CD006672/les-techniques-perineales-au-cours-de-la-deuxieme-phase-du-travail-pour-reduire-les-traumatismes](#)
31. Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *The BMJ* [Internet]. 2014 ;349. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707719/>
32. Chuilon A-L, Le Ray C, Blondel B et al. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016;45:691-700.

ANNEXES

Annexe I : Trame d'entretien

Trame d'entretien

Présentation de l'étude :

Cette étude est réalisée dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, dirigé par Mme Dupont Corinne. Celle-ci porte sur la gestion de l'accouchement par les médecins et sages-femmes du réseau Aurore, et plus précisément sur la période allant du début des efforts expulsifs à la délivrance.

Cette étude est réalisée en collaboration avec le réseau Aurore et a reçu l'aval du Pr Gaucherand.

Tous les entretiens sont enregistrés et transcrits de manière anonyme. Aucune identité ne sera révélée au cours de la rédaction de ce mémoire ou de sa présentation.

Recueil d'information :

- Profession :
- Lieu de formation
- Nombre d'années d'exercice :
- Sexe :

Entretien :

- Combien avez-vous fait d'accouchements cette semaine ?
- Pouvez-vous me raconter brièvement comment s'est passé chacun d'entre eux ? (Âge gestationnel, parité, mode d'accouchement, déchirure/épisiotomie, délivrance)

Choix de l'accouchement paraissant le plus pertinent pour le sujet, et récit en détail de ce dernier

Axes à aborder :

- Organisation du service
- Organisation personnelle (qui réalise les accouchements)
- Relations au sein de l'équipe obstétricale
- Gestion de la seconde phase de travail (Temps à dilatation complète, EE, protection du périnée, indications d'épisiotomies)

RESUME

Objectif : Identifier les facteurs responsables d'une différence de taux d'épisiotomie entre deux maternités.

Matériel et méthode : Étude qualitative réalisée au sein de deux maternités du réseau Aurore, la maternité A et la maternité B présentant des caractéristiques équivalentes (type IIA), mais des taux d'épisiotomie respectivement de 32.61 et 12.99 %. 13 entretiens semi-directifs ont été menés entre le 19 septembre et le 20 octobre 2017.

Résultats : Notre étude a mis en évidence différentes hypothèses qui nous ont permis de dessiner des profils types de médecins et de sages-femmes.

Il existerait pour chaque profession un profil d'organisation favorisant l'utilisation de l'épisiotomie. Pour les médecins, il serait associé à une pratique plus individuelle. Le manque de confiance envers les patientes et les sages-femmes les pousseraient à réaliser eux-mêmes les accouchements eutociques et leurs prédictions concernant l'issu de l'accouchement augmenteraient le nombre d'épisiotomie et d'extraction instrumentale. Pour les sages-femmes, il serait associé à une pression exercée sur elles par les médecins qui les pousseraient à réaliser une épisiotomie alors qu'elles-mêmes ne l'auraient pas faite.

Conclusion : La différence de taux d'épisiotomie observée entre les maternités A et B serait expliquée par la présence plus nombreuse de médecins et de sages-femmes ayant un profil associé à un recours plus fréquent à l'épisiotomie au sein de l'établissement A.

TITRE : Episiotomie, les facteurs influençant sa réalisation

MOTS-CLES : Épisiotomie, Facteurs influençant

Auteur :

Mallaury VIDAL née le 6 juillet 1995
4 chemin de la vernique
69130 Ecully
Vidal.mallaury@gmail.com

Année 2018