



<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>



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME – Site de LYON

**EPISIOTOMIE ET INFORMATION RECUE EN SALLE
D'ACCOUCHEMENT : ENTRETIENS AVEC 9 PATIENTES
AYANT VECU LE GESTE**

Mémoire présenté par Maryline Ferrera
Née le 24 décembre 1991
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Promotion 2016



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME – Site de LYON

**EPISIOTOMIE ET INFORMATION RECUE EN SALLE
D'ACCOUCHEMENT : ENTRETIENS AVEC 9 PATIENTES
AYANT VECU LE GESTE**

Mémoire présenté par Maryline Ferrera

Née le 24 décembre 1991

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

Promotion 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant soutenue durant mes études et ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Madame Blois-Da Conceicao Stéphanie, maître de conférences en Psychologie de la Santé, pour ses précieux conseils et pour m'avoir guidée dans l'exploitation des résultats.

Madame Bonnin Isabelle, enseignante sage-femme, pour sa disponibilité et nos discussions enrichissantes.

Ma famille, pour m'avoir toujours soutenue durant mes études et avoir cru en moi.

Mes amies dont Cécile, Amanda, Manon, Charline, Coralie, Aurélie, Sandra, Sarah pour leur parcours à mes côtés durant ces cinq dernières années.

Damien, pour son soutien à toute épreuve et sa bienveillance.

GLOSSAIRE

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du Retour A Domicile

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 PROBLEMATIQUE | 2 |
| 1.1 L'épisiotomie et son contexte | 2 |
| 1.1.1 Définition et évolution..... | 2 |
| 1.1.2 Indications de l'épisiotomie | 3 |
| 1.1.3 Conséquences du geste et représentations | 3 |
| 1.1.4 Recommandations nationales | 3 |
| 1.2 L'information dans le domaine médical | 4 |
| 1.2.1 Loi du 4 mars 2002..... | 4 |
| 1.2.2 Recommandations de la Haute Autorité de Santé | 4 |
| 1.2.3 Information sur l'épisiotomie | 5 |
| 1.3 Problématique et objectifs de l'étude..... | 5 |
| 2 ETUDE..... | 7 |
| 2.1 Evolution de la réflexion et objectif de la recherche | 7 |
| 2.2 Matériel et méthode | 7 |
| 2.2.1 Hypothèses de la recherche | 7 |
| 2.2.2 Les participantes | 7 |
| 2.2.3 Le déroulement de l'enquête | 8 |
| 2.2.4 Stratégie d'analyse des données | 10 |
| 2.3 Présentation des résultats | 10 |
| 2.3.1 Description de l'échantillon..... | 10 |
| 2.3.2 Résultats principaux | 12 |
| 2.3.3 Autres résultats | 21 |
| 3 ANALYSE ET DISCUSSION | 22 |
| 3.1 Synthèse des résultats principaux et comparaisons avec la littérature..... | 22 |

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| 3.1.1 | La transmission de l'information..... | 22 |
| 3.1.2 | Le regard sur l'épisiotomie..... | 25 |
| 3.1.3 | Le rôle de la sage-femme..... | 27 |
| 3.2 | Découvertes de l'étude..... | 28 |
| 3.2.1 | Place du conjoint | 28 |
| 3.2.2 | Le « point du mari » | 29 |
| 3.2.3 | La place du consentement | 30 |
| 3.3 | Préconisations | 30 |
| 3.4 | Forces et limites de l'étude | 31 |
| 3.4.1 | Forces de l'étude..... | 31 |
| 3.4.2 | Limites de l'étude | 32 |
| | CONCLUSION | 33 |
| | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 35 |

INTRODUCTION

L'accouchement est une étape cruciale dans la vie d'une femme et d'un couple. Accompagnée par des professionnels de santé et notamment des sages-femmes, la femme enceinte peut espérer un suivi et une prise en charge adaptée tout en étant entendue, écoutée et informée. Les actes médicaux prodigués par les soignants, doivent alors être réalisés selon les recommandations actuelles et à l'appréciation du professionnel de santé ayant informé la patiente au préalable.

L'épisiotomie est un acte chirurgical réalisé afin de faciliter l'accouchement. Ces dernières années, sa pratique a diminuée et son indication a été remise en question. Touchant l'intimité des femmes, il peut générer des peurs et être redouté durant l'accouchement. Ainsi, au regard des représentations des patientes et des recommandations publiées, l'épisiotomie reste un sujet sensible.

Ainsi, l'information qui est primordiale dans les actes de soins, doit être réalisée pour l'épisiotomie lorsque celle-ci est effectuée durant l'accouchement.

Nous souhaitons donc décrire l'information reçue sur l'épisiotomie en salle d'accouchement et recueillir le point de vue des patientes. Notre but final était de cerner les attentes des patientes en termes d'information sur l'épisiotomie et de formuler des propositions dans le cadre de l'exercice de la profession de sage-femme.

Dans un premier temps, nous présenterons le contexte de l'épisiotomie et son évolution ainsi que les enjeux de l'information médicale. Nous détaillerons par la suite, la méthodologie de l'enquête, la procédure des entretiens et les résultats de la recherche. Enfin, après avoir fait ressortir les grands constats de notre étude, les comparaisons avec la littérature et les découvertes, nous terminerons par exposer les forces et les limites de l'enquête.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 L'épisiotomie et son contexte

1.1.1 Définition et évolution

L'épisiotomie est un acte chirurgical réalisé lors de l'accouchement qui a vu sa pratique évoluer au fil du temps.

La forme la plus pratiquée et recommandée de nos jours est l'épisiotomie médio-latérale. Elle consiste en une incision du périnée dirigée à 45 degrés, partant de la fourchette vulvaire vers la région ischiatique, sur un trajet de 6 centimètres environ, qui sectionne la peau, la paroi vaginale, le noyau fibreux central du périnée et le muscle pubo-rectal. Elle doit être réalisée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction utérine et lorsque l'anus est dilaté à 3 centimètres (1,2).

La réparation de l'épisiotomie se réalise après la délivrance dans des conditions d'asepsie chirurgicale. Deux techniques de sutures sont possibles : la suture en trois plans séparés et le surjet continu avec un seul fil (technique « 1 fil/1 nœud ») (2). Les soins en suites de couches se limitent à une toilette vulvaire par jour et ne nécessitent pas l'utilisation d'antiseptiques (3).

Décrite pour la première fois en 1742 par Sir Fielding Ould, une sage-femme Irlandaise, l'épisiotomie avait pour but de faciliter l'accouchement. Elle s'est diffusée par la suite car elle était associée à de nombreux bénéfices. En 1920, les publications de Pommeroy et Lee ont permis la généralisation de la pratique prophylactique de l'épisiotomie. En effet, celle-ci avait des avantages supposés dans la protection du périnée maternel (prévention des déchirures du sphincter anal et des troubles de la statique pelvienne) ainsi que la protection des traumatismes fœtaux dus à l'accouchement (en cas d'extraction instrumentale, d'hypotrophie, et de prévention de l'acidose fœtale). L'épisiotomie est même devenue systématique chez les primipares pendant quelque temps. Or, en 1980, avec le développement de l'evidence based medicine, les études réalisées montrèrent que les bénéfices de l'acte n'étaient pas démontrés scientifiquement amenant à une remise en question du geste (3).

En France, le taux d'épisiotomie était de 30 % en 2010 concernant 45 % des primipares et 14 % des multipares (1). Cependant, les taux oscillent entre 3,6 % et 60 % entre les structures hospitalières françaises, ce qui nous montre que la pratique de l'épisiotomie varie en fonction des hôpitaux, des régions mais aussi des opérateurs (2,3).

1.1.2 Indications de l'épisiotomie

Selon Lansac *et al*, les indications de l'épisiotomie concernent la qualité du tissu périnéal, une distance ano-pubienne inférieure à 6 centimètres, la présentation et les mensurations fœtales, les manœuvres d'extraction ainsi que l'asphyxie fœtale (1). Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, ces indications ne pas démontrées scientifiquement afin de réduire les complications maternelles et fœtales (réduction des lésions périnéales sévères, de l'asphyxie périnatale, et des troubles de la statique pelvienne en cas de situations obstétricales spécifiques).

1.1.3 Conséquences du geste et représentations

L'épisiotomie n'est pas sans conséquences pour la parturiente. En effet, elle expose à des risques d'hémorragies du post-partum, de douleurs périnéales en post-partum, d'infections, d'hématomes, de troubles de la cicatrisation et de dyspareunies à court terme (2). Cet ensemble d'événements pouvant survenir suite à ce geste, peut aussi avoir une répercussion psychologique pour la patiente (4).

Il apparaît donc que l'épisiotomie est un acte pouvant faire peur aux femmes compte tenu de ses conséquences et de son caractère « intime ». Elle peut être d'ailleurs, sujette à de nombreuses interrogations lors de la grossesse et de l'accouchement. Parmi mes expériences de stages, j'ai pu notamment entendre des patientes refusant l'épisiotomie ou m'interrogeant sur la pratique du geste.

1.1.4 Recommandations nationales

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) en 2005 a publié des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) soulignant qu'il n'existait pas d'indications systématiques à la pratique de l'épisiotomie et que son exécution doit se baser sur l'expertise clinique de l'accoucheur au moment de l'expulsion (2).

Nous voyons, par conséquent, que l'épisiotomie ne constitue pas un acte prévisible en amont de l'accouchement et qu'elle peut être réalisée en urgence.

Le CNGOF incite également à faire baisser le taux d'épisiotomie en France en dessous des 30 % et propose de créer des formations sur la prévention des traumatismes périnéaux et sur les techniques de réparation (2).

Enfin, il insiste sur l'information délivrée à la patiente selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005 (2).

1.2 L'information dans le domaine médical

1.2.1 Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rappelle le caractère indispensable de l'information. En effet l'article L.1111.2 dit que « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.* » (5).

De plus, « *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.* » (5). Le professionnel ayant effectué l'acte d'épisiotomie doit donc en informer la patiente.

Concernant le consentement, la loi du 4 mars précise que « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » (5). Dans ce cadre, l'accoucheur doit systématiquement rechercher le consentement de la patiente au moment de la naissance.

1.2.2 Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Selon les recommandations de l'HAS en 2005, l'information doit porter sur l'objectif, la nature et le déroulement des actes et suivi et doit prendre en compte la personne dans ses dimensions psychologiques, sociales et culturelles (6). L'information est destinée à éclairer le patient sur son état de santé afin de lui permettre de prendre les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'il estime être son intérêt. De plus, le professionnel doit s'assurer que le patient a reçu et compris l'information délivrée ce qui requiert du tact, du temps et de la disponibilité ainsi qu'un environnement adapté. Elle peut donc être réitérée chaque fois que cela est nécessaire et doit correspondre aux attentes du patient.

Enfin, la HAS recommande une évaluation régulière des pratiques d'information afin de savoir comment celle-ci a été donnée (6). Cela fait partie de l'évaluation des pratiques professionnelles visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

1.2.3 Information sur l'épisiotomie

L'épisiotomie est donc un acte imprévisible en amont de l'accouchement pouvant générer des questionnements chez la femme enceinte. Afin de prendre en charge au mieux ces femmes, il paraît donc essentiel de les informer sur l'épisiotomie, son contexte et ses conséquences. La patiente qui aura vécu une épisiotomie pourra par la suite appréhender son corps, se questionner sur les soins à effectuer, comprendre les douleurs et les sensations ressenties ainsi que gérer les éventuelles conséquences à plus ou moins long terme. L'insatisfaction peut donc paraître plus évidente chez les femmes n'ayant pas participé à la décision de l'acte et se retrouvant face à ses conséquences.

La DREES a mené une étude dans le cadre du plan de Périnatalité de 2005-2007 afin de connaître la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement (7). Dans cette enquête, il apparaît que les femmes désirent être mieux informées sur les actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement et en cas d'épisiotomie, près d'une femme sur deux a déploré un manque ou une absence totale d'explications. De plus, elles sont entre 15 % et 35 % à ne pas être satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués sachant que l'insatisfaction est nettement plus importante (22 %) concernant les informations et conseils médicaux donnés sur les soins de l'épisiotomie.

1.3 Problématique et objectifs de l'étude

Nous voyons ici qu'en tant qu'acte médical, l'information de l'épisiotomie doit être réalisée par le professionnel de santé. Seulement, même si l'épisiotomie est un acte pouvant être réalisé en urgence, cela ne dispense pas le professionnel de donner une information à la patiente sur l'acte et ses suites en aval de l'accouchement, voire de l'en informer en amont.

L'objectif principal de l'étude a donc été de décrire l'information reçue sur l'épisiotomie en salle d'accouchement et de recueillir le point de vue des patientes. Les objectifs secondaires ont été d'apprécier la relation soignant-soignée, le vécu de l'accouchement et les attitudes des patientes face à l'épisiotomie.

Enfin, nous espérons émettre des propositions d'amélioration afin de répondre aux attentes des patientes et ainsi les appliquer lors de notre exercice de sage-femme.

2 ETUDE

2.1 Evolution de la réflexion et objectif de la recherche

Bien que le protocole ait été rédigé, les objectifs de la recherche ont évolués ainsi que le titre du mémoire car ceux-ci correspondaient mieux à ma réflexion.

L'idée de départ était de décrire la satisfaction des femmes sur l'information de l'épisiotomie. Cependant, lors du premier entretien réalisé nous nous sommes rendu compte qu'une vision plus globale du sujet était nécessaire compte tenu de l'expérience, des connaissances, des représentations et du vécu des patientes en relation avec l'épisiotomie et l'accouchement. L'objectif final a donc été de recueillir le point de vue des patientes sur l'épisiotomie et l'information reçue en salle d'accouchement. Nous avons donc cherché à connaître comment les femmes ayant vécu une épisiotomie ont été informées pour recueillir leur expérience. Nous avons par la suite procédé à une analyse qualitative du contenu des entretiens afin de faire ressortir une multitude de propos concernant l'information, l'épisiotomie, l'accouchement et ses suites.

Par conséquent, le but de la recherche a été d'identifier les attentes des patientes en termes d'information sur l'épisiotomie.

2.2 Matériel et méthode

Dans cette partie, nous exposerons la méthode suivie pour mener la recherche ainsi que les résultats principaux émanant des entretiens.

2.2.1 Hypothèses de la recherche

Avant de commencer l'enquête de terrain trois hypothèses ont été formulées :

1. L'information de l'épisiotomie est donnée après l'accouchement ;
2. L'épisiotomie constitue un élément marquant de l'accouchement ;
3. La remémoration de l'information reçue sur l'épisiotomie permet aux femmes de s'exprimer sur le vécu de l'accouchement.

2.2.2 Les participantes

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants :

- Accouchement par voie basse d'un enfant unique vivant
- Présentation céphalique
- Episiotomie médio-latérale

- Post-partum de J0 à J4
- Patiente majeure

Les facteurs d'exclusion ont été identifiés sur le terrain et ont concerné les patientes ne parlant pas français.

2.2.3 Le déroulement de l'enquête

➤ La technique de l'entretien semi-directif

Nous avons choisi de mener une étude qualitative de type descriptive transversale, en effectuant des entretiens semi-directifs auprès de patientes hospitalisées en suites de couches.

A la différence des entretiens directifs et non directifs, ce type d'entretien combine une attitude non directive avec une question générale posée en début d'entretien et un projet directif afin de guider l'enquêtée sur des thèmes définis à l'avance. Il nous a paru intéressant d'utiliser ce type d'entretien afin d'explorer le sujet et les hypothèses tout en permettant à l'enquêtée de s'exprimer librement au fil de ses pensées et au fil des relances (8). Nous avons donc réalisé un guide d'entretien (grille thématique) comprenant les thèmes identifiés autour du sujet à partir de notre réflexion et de nos recherches, afin de pouvoir relancer l'enquêtée dans son discours quand le moment paraissait adapté (cf annexe I).

Les entretiens ont été réalisés dans les 3 jours après l'accouchement afin de favoriser le processus de rappel.

➤ Lieu et modalités de recueil des données

Les entretiens ont eu lieu au CHU de Saint-Etienne de mars à août 2015, dans les services de suites de couches, après accord et information du chef de service et des cadres sages-femmes.

Un premier entretien à visée exploratoire a été mené au tout début de l'enquête pour me familiariser avec le terrain et tester la grille thématique. Je l'ai inclus dans l'étude car il correspondait aux objectifs de la recherche. Une fois la grille validée, le nombre d'entretien a été déterminé par le critère de saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les entretiens ne nous apportent plus de nouvelles informations en rapport avec le sujet.

Nous avons réalisé 9 entretiens. Leur durée a été variable selon les participantes et les conditions de réalisation, allant de 6 minutes à 45 minutes (moyenne de 23 minutes). Ils ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits intégralement.

Nous avons rencontré les patientes en fin de journée, en dehors des horaires de visites, dans leur chambre en présence de leur enfant et parfois de leur conjoint. Lorsque la patiente était d'accord, les entretiens ont été menés en chambre double pour ne pas perturber leur environnement. La tenue vestimentaire choisie a été l'uniforme pour tous les entretiens.

➤ **Mode d'accès aux patientes**

Dès mon arrivée dans les services, je discutais avec l'équipe soignante afin de sélectionner les patientes correspondant aux critères d'inclusion. J'avais aussi besoin de savoir si celles-ci étaient aptes à me recevoir et à répondre à un entretien.

Après sélection des futures enquêtées, que j'identifiais par un numéro, j'effectuais un recueil de données général concernant les antécédents, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum pour entrer en lien avec leurs histoires.

J'allais ensuite à leur rencontre en me présentant en fonction de leur disponibilité. Dans un premier temps, j'exposais le sujet de mon mémoire et le déroulement de l'entretien ainsi que la méthode d'enregistrement. Il m'était également indispensable d'insister sur le principe d'anonymat et de confidentialité des données recueillies afin de les inciter à la libre expression sans jugement de ma part.

Enfin, je recueillais leur accord de manière orale pour leur participation à l'étude.

➤ **Réalisation des entretiens**

Après avoir posé le cadre de l'étude et recueilli le consentement libre et éclairé de la patiente, je m'installais dans la chambre en veillant à me placer à 45 degrés et à respecter une certaine proxémie par rapport à elle afin de favoriser les échanges.

Je commençais par une question générale « *Comment avez-vous été informée du geste d'épisiotomie en salle d'accouchement ?* », pour que la patiente puisse amorcer la discussion et aborder les thèmes qui lui viennent à l'esprit. Si à la fin de son discours elle n'avait pas abordé une thématique, je relançais l'entretien avec une question en lien. Dans les cas où elle abordait les thèmes de manière spontanée, je relançais parfois le discours pour avoir plus de détails. Cela nécessitait que je m'adapte au vocabulaire et au récit de la patiente afin de ne pas casser la dynamique de l'entretien (8).

Quelques notions de communication m'ont été nécessaires pour procéder aux entretiens. Ainsi, j'ai appris à utiliser des procédés de relance (questions ouvertes, reformulations) et de

remémoration. Cela a pu m'aider notamment dans les cas où les réponses étaient brèves et rapides ou en cas de souvenirs imprécis.

Lorsque la patiente avait abordé tous les thèmes, je remplissais une fiche signalétique (cf annexe II) recueillant les caractéristiques générales de l'enquêtée (j'ai souvent dû la remplir car les patientes tenaient leurs enfants dans leurs bras). Cette fiche permettait de faire un lien entre l'histoire et le récit de la patiente et permettait même parfois de relancer le discours.

Enfin, je leur demandais leur retour sur l'entretien afin d'améliorer ma pratique.

Ces dernières étapes permettaient de clore l'échange de façon progressive. J'éteignais par la suite l'enregistreur, je les remerciais de leur participation et répondais à leurs éventuelles questions.

Quelques confidences m'ont été faites après l'arrêt de l'enregistrement mais elles ne seront pas retranscrites intégralement dans le mémoire.

2.2.4 Stratégie d'analyse des données

Afin d'analyser qualitativement les entretiens, nous les avons retranscrits sur des fichiers informatiques. Une analyse thématique de contenu a été effectuée et a consisté en une lecture approfondie des entretiens avec repérage de thèmes et de sous-thèmes et établissement d'un codage. L'analyse a d'abord été verticale, c'est-à-dire faite entretien par entretien, puis horizontale permettant de comparer les différents résultats des entretiens. Il s'agissait de faire ressortir les éléments les plus pertinents, de nous éclairer sur les hypothèses de recherche et de faire des liens entre les différents thèmes (9).

2.3 Présentation des résultats

2.3.1 Description de l'échantillon

Aucune des patientes rencontrées n'a refusé de participer à l'enquête. Néanmoins, 7 entretiens ont été analysés sur les 9 réalisés car un entretien a été interrompu et l'autre ne correspondait pas aux attentes de l'étude (réponses brèves, nombreuses questions posées et critères d'inclusions imprécis).

Les enquêtées étaient âgées de 20 à 40 ans. L'âge moyen était d'environ 29 ans révolus et les écarts-types des échantillons sont autour de 6 ans, montrant une hétérogénéité des âges des participantes (cf. Tableau I). Cependant, l'écart-type de l'échantillon analysé est inférieur à celui de l'échantillon total révélant une plus forte homogénéité des âges dans l'échantillon

analysé. Cela nous a quand même permis d'observer des discours différents selon les enquêtées et leurs caractéristiques.

Tableau I : Moyennes et écarts-types des âges parmi les échantillons total et analysé

| | Echantillon total | Echantillon analysé |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Effectif | 9 | 7 |
| Age | $m = 29,7$ ans ($s = 6,4$) | $m = 29,1$ ans ($s = 5,7$) |

m : moyenne ; *s* : écart-type

Les principales caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des enquêtées sont présentées dans le Tableau II. Nous remarquons que la population présente une certaine hétérogénéité en fonction du niveau d'étude, de la situation familiale et de la parité. En effet, nous avons presque autant de multipares que de primipares. Concernant les critères obstétricaux, nous remarquons que les participantes n'ont pas toutes participé à des séances de préparation à la naissance et que leurs accouchements ont été différents les uns des autres.

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des enquêtées

| Numéro Enquêtée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------------|----------------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| Age | 36 | 36 | 24 | 20 | 33 | 27 | 28 |
| Niveau d'étude | > BAC + 2 | Collège | BEP | Collège | >BAC + 2 | BAC + 2 | BAC |
| Situation familiale | Mariée | Concubinage | Mariée | Célibataire | Concubinage | Mariée | Concubinage |
| Parité | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| PNP | 7 séances | 3 séances | 1 séance | Non effectuée | 6 séances | 8 séances | Non effectuée |
| Mode de travail | Déclenchement | Travail Spontané | Déclenchement | Travail spontané | Travail spontané | Déclenchement | Travail spontané |
| Terme | 41 SA + 2j | 41 SA + 1j | 38 SA + 4j | 39 SA | 40 SA + 3j | 42 SA | 39 SA + 3j |
| Mode accouchement | Normal | Forceps | Normal | Ventouse puis forceps | Normal | Ventouse | Normal |
| Indication épisiotomie | ARCF et suspicion de macrosomie | ARCF | Dystocie des épaules | ARCF et dystocie de présentation | Périnée tendu | Efforts expulsifs inefficaces | ARCF |
| Poids bébé | 4040 g | 3640 g | 3670 g | 2790 g | 3325 g | 3105 g | 2375 g |
| Jour du post-partum | J1 | J0 | J2 | J2 | J2 | J2 | J1 |

2.3.2 Résultats principaux

L'analyse plus complète et structurée faisant apparaître l'ensemble des thèmes et sous-thèmes composant le corpus des entretiens et les éléments d'analyse, est présentée sous la forme d'un tableau dans l'annexe III. Dans cette partie, nous exposerons donc les grands thèmes et sous-thèmes principaux illustrés par des citations.

➤ L'information reçue

Dans les cas où l'information sur l'épisiotomie a été donnée, nous avons repéré plusieurs sous-thèmes.

– Le moment de l'information

L'information est souvent donnée après l'accouchement, lorsque l'enfant est né.

« Donc du coup globalement, je l'ai su en salle d'accouchement, une fois que j'avais mon bébé dans les bras quoi, voilà. » (Enquêtée n°1).

Nous avons aussi remarqué que l'information de l'épisiotomie était en relation avec l'explication de la suture.

« Donc en fait je l'avais sur moi et la sage-femme m'a dit ben « je vais vous recoudre parce que j'ai dû pratiquer une épisiotomie. » » (Enquêtée n°5).

– La réaction face à l'information de l'épisiotomie

Les réactions face à l'information de l'épisiotomie sont variées allant de l'acceptation à la surprise, au choc ou à la déception.

« Ca m'a pas plus marqué que ça. Non c'est plus l'accouchement qui m'a marqué que le fait qu'ils m'annoncent qu'il me l'ait fait... » (Enquêtée n°2).

« Mais après, à la fin quoi, quand elle me l'a dit, j'étais un peu dégoutée. » (Enquêtée n°3).

« Au début, je savais pas que j'allais avoir des points et on m'a pas prévenu que on pouvait

avoir des points donc ouais sur le coup j'ai été choquée [...]. » (Enquêtée n°4).

« Et c'est vrai qu'en même temps bah elle m'a dit [...] « il a fallu que je fasse une épisio », j'ai été surprise. « Ah bon moi je pensais que tout allait bien. » (rires) » (Enquêtée n°5).

– Avis sur l'information reçue

Les interviewées se questionnent sur l'information émise par le professionnel et expriment leurs avis. Dans la plupart des cas, les patientes sont plutôt satisfaites de l'information reçue.

« Donc du coup je pense que c'était bien qu'on me dise pas l'épisiotomie pendant, parce que je pense ça m'aurait peut-être un peu stressée quoi. » (Enquêtée n°1).

« Pour moi c'était un peu le truc obligatoire quoi donc ça m'a pas plus embêtée que ça de le savoir qu'après. » (Enquêtée n°5).

« Et après voilà, même le fait que je sois pas au courant de ce geste-là sur le moment finalement, ça me gêne pas du tout parce que après je fais confiance à la personne qui est en face. » (Enquêtée n°6).

– Les hypothèses sur l'information reçue

Les participantes imaginent aussi la situation inverse dans le cas où l'épisiotomie aurait été annoncée avant sa réalisation.

« Parce que peut-être que si elle m'avait dit « Bon je vais faire une épisio » ça m'aurait peut-être déconcentrée sur la poussée et [...] j'aurais peut-être eu peur de pousser parce que en me disant « Ah mince tu vas encore plus te déchirer ou je sais pas quoi. » (Enquêtée n°5).

De plus, la question de la transmission de l'information se pose face à l'acte lorsque les enquêtées n'ont pas été informées ou n'ont pas entendu l'information. Une participante évoque notamment des hypothèses en rapport avec l'attitude de l'équipe et de la sage-femme lors de l'accouchement.

« Peut-être qu'ils ont pas voulu me le dire aussi. Vu que mon premier accouchement s'était mal passé ils ont peut-être appréhendé la façon de me le dire ou je sais pas. » (Enquêtée n°7).

« Ben c'est vrai que après maintenant que vous m'en parlez, la sage-femme m'a dit que elle avait tout de suite un autre accouchement qui se préparait derrière donc c'est peut-être possible que dans ce contexte-là...elle ait pas pensé à m'en parler... » (Enquêtée n°7).

Certaines participantes évoquent aussi le fait de n'avoir pas entendu certaines informations.

« On m'a expliqué des choses. Je pense qu'il y a des éléments que j'ai même pas été en capacité d'entendre parce que le...enfin, j'étais pas plus là-dedans en fait. » (Enquêtée n°6).

Nous avons aussi recueilli des propos mettant en relation la mémorisation de l'information avec les sensations corporelles.

« Et puis voilà, le fait qu'il y ait pas du tout de douleurs que ce soit une partie complètement anesthésiée pendant l'accouchement, au final je ressentais rien donc le message qu'elle me faisait passer à ce moment-là pour moi ben faisait pas du tout écho à ce que je ressentais sur le moment quoi. » (Enquêtée n°6).

➤ **Les attitudes face à l'épisiotomie**

– Connaissances sur l'épisiotomie

Les discours sont variés concernant l'acquisition de connaissances sur l'épisiotomie : Internet, entourage, livres, préparation à la naissance.

« Alors en fait, l'épisiotomie, j'ai su ce que c'était quand les cousines de ma famille ont commencé à avoir des enfants et à parler de, que voilà, on leur coupait donc un petit bout du, j'allais dire vagin mais voilà en fait, un petit bout du muscle. Lors de l'accouchement, moi, ça je savais pas du tout que ça se faisait. Donc voilà. » (Enquêtée n°5).

– Vécu de l'épisiotomie

Le vécu est exprimé globalement par rapport à l'accouchement. Des adjectifs sont d'ailleurs utilisés pour qualifier l'acte comme nous pouvons le voir ci-dessous (« petit détail »).

« Voilà c'est un petit détail, c'est un petit détail en fait. Parce que j'appréhendais tellement cet accouchement qu'au final je me dis c'est rien en fait. » (Enquêtée n°7).

– Peurs associées à l'épisiotomie

Nous retrouvons des peurs exprimées en rapport à l'épisiotomie concernant la douleur, le processus de cicatrisation, les soins corporels, la sexualité, les futurs accouchements.

« Il y a pas que ça, le fait que ce soit dans le vagin quoi tout en fait. C'est ça qui...qu'ils coupent. C'est ça en fait ma crainte. Et surtout la douleur aussi. La douleur c'est ce qui reste après. Ouais la douleur. Après on se pose plein de questions. Après, si on va pouvoir aller aux toilettes normalement, quand on va se laver ça va faire mal, plein de choses comme ça. On appréhende en fait. Même si je connaissais déjà, j'appréhendais quand même. En fait, on a toujours, on pense toujours à la douleur. On peut pas se l'enlever de la tête. » (Enquêtée n°3).

« Ben déjà le fait que j'ai des points à l'intérieur donc je me suis posée beaucoup de questions pour aller aux toilettes. J'avais peur. Le fait aussi d'aller me doucher, enfin je savais pas comment faire. Après, quand on le fait une fois donc on peut le refaire deux fois. Après, ouais c'est vrai j'ai peur aussi pour plus tard si je vais avoir des rapports, je sais pas comment ça va se passer. » (Enquêtée n°4).

Deux enquêtées ont également cité la technique du « point du mari » consistant à resserrer le vagin par la suture de l'épisiotomie. Cette notion circulant sur Internet fait relativement peur aux femmes et fait partie des polémiques autour de l'épisiotomie dont nous n'avions pas connaissance avant l'enquête.

« Et j'étais tombée ouais sur un article sur le point du mari et ça m'avait fait bien flipper »

(rires). Donc soi-disant que ça se pratique plus mais que il y a quand même certaines maternités où on a retrouvé cette pratique-là qui consiste à resserrer les chairs un petit peu plus serrées pour faire un petit bourrelet, pour que le mari prenne un peu plus de plaisir...Et alors ça ! (rires) Ca m'avait vraiment choquée et, ben après j'avais temporisée je m'étais dit « Non mais attend ils sont pas en train de te dire que ça se fait et que... ». Mais ouais, j'étais quand même, je me disais « Mais...(rires) quand même faudrait pas qu'ils fassent n'importe quoi le jour où ils te recousent et que euh »...Puisque en fait, après, les rapports deviennent très douloureux et peuvent faire un peu saigner. Donc voilà. Ca ça m'avait fait un petit peu peur. » (Enquête n°5).

– Questions sur l'épisiotomie

Des interrogations sont également émises par les patientes en rapport avec le geste d'épisiotomie pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Une participante a demandé des explications sur les soins en salle d'accouchement. D'autres se sont questionnées sans en parler aux professionnels.

« J'ai posé enfin, à la sage-femme, je lui ai posé des questions sur les soins du coup que je devais apporter évidemment. Et s'il y avait des soins particuliers, des trucs comme ça.» (Enquête n°1).

« Après on se pose plein de questions après, si on va pouvoir aller aux toilettes normalement, quand on va se laver ça va faire mal, euh plein de choses comme ça. » (Enquête n°3).

La question de l'épisiotomie pour les futurs accouchements se pose également pour ces patientes.

« J'y ai pensé peut-être plus le lendemain de la grossesse à me dire est-ce, à me poser la question plutôt du genre euh « Est-ce que le fait que je l'ai eu pour le premier accouchement veut dire que je l'aurai pour un deuxième accouchement ? Est-ce que je rencontrerai les mêmes difficultés que j'ai rencontrées ben pour euh, donc pour ce premier bébé ? » Voilà c'est plutôt de dans ce genre de de questionnement. » (Enquête n°6).

➤ **La relation soignant-soignée**

– Qualités évoquées des professionnels

Les enquêtées soulignent la relation avec les professionnels et évoquent leurs qualités en termes d'accompagnement durant l'accouchement et la période des suites de couches.

« Les sages-femmes, honnêtement, elles ont été adorables, elles m'ont réconfortée, elles ont été super et je pense que ça m'a beaucoup aidé aussi parce que ça m'a détendue, j'étais beaucoup plus calme et voilà et c'est que du bonheur (rires). [...] On m'a rassurée, je savais que normalement il y aurait pas de soucis et effectivement ben tout s'est bien passé. » (Enquêtée n°7).

– Réponses aux questions

La relation soignant-soignée est aussi marquée par la satisfaction des patientes à obtenir des réponses à leurs questions de la part des professionnels.

« Et surtout quand enfin je sais que si je dois poser des questions, elle hésiteront pas à me répondre. Donc on...ouais, c'est, on se sent bien. » (Enquêtée n°4).

– Relation de confiance

La notion de confiance est aussi évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens, notamment la confiance concernant le geste d'épisiotomie effectué durant l'accouchement.

« De toute façon je fais confiance je veux dire euh à l'équipe et que si fallait le faire, fallait le faire quoi donc du coup voilà, il y a pas à discuter. » (Enquêtée n°1).

➤ **Le récit de l'accouchement**

– Etat d'esprit lors de l'accouchement

Les enquêtées évoquent leur état d'esprit durant l'accouchement lors de leur discours en lien avec l'information sur l'épisiotomie en salle d'accouchement.

« J'étais à fond dans le euh « je pousse »...vraiment me concentrer pour pousser au bon endroit parce que euh...ben avec la péri j'étais un petit peu anesthésiée et tout. Pousser au bon endroit je sais pas trop comment expliquer mais vraiment me concentrer sur cette zone-là et...et je sais pas et pas juste pousser dans le vent, pas trop les abdos, pas trop...enfin voilà. Et je me suis pas vraiment posée la question de savoir euh « Ca passe ? Ca passe pas ? Est-ce que c'est suffisamment détendu ? Est-ce que euh... ». Ouais, je me suis pas posée ces toutes ces questions-là en fait. Voilà. » (Enquête n°5).

– Evocation de la suture

Le moment de la suture est évoqué notamment en rapport avec les personnes présentes dans la salle d'accouchement, la technique de réparation et l'anesthésie.

« J'avais un petit champ sur mes jambes quoi et du coup bah de l'autre côté ça discutait fil et aiguilles. Et (rires) avec euh, donc il y avait la sage-femme qui pratiquait l'acte, l'interne qui supervisait, et puis les trois...trois autres étudiantes sages-femmes et médecine. Elles se sont toutes présentées hein je veux dire mais c'est juste que en remettant mes souvenirs en place je sais plus qui était quoi mais euh ouais ouais. Donc c'était une scène assez rigolote (rires). C'était une scène assez rigolote. Donc ça discutait technique dans tout ça. Donc il fallait passer des fils et tout ça. C'était assez marrant. Ça dédramatisait un petit peu la scène, c'était assez marrant si on peut dire (rires). » (Enquête n°1).

– Peurs évoquées lors de l'accouchement

Les peurs évoquées par les enquêtées lors de l'accouchement sont généralement en rapport avec le risque de césarienne.

« Sur le coup j'y ai pas pensé à...à ça je pense, mais à l'accouchement comment ça allait se passer, si on allait me faire une césarienne ce qui fait plutôt peur. » (Enquête n°2).

– Indication de l'épisiotomie

L'indication de l'épisiotomie est expliquée par la sage-femme ou le médecin pour que la patiente comprenne la raison du geste.

« Donc là elle a coupé. En plus elle m'a expliqué que le périnée était très tendu tout ça donc euh donc je me suis dit bon ben voilà quoi, elle a pas eu le choix, elle a pas eu le choix. » (Enquête n°5).

➤ Les expériences relatives à la grossesse

Afin de faire le lien avec leur accouchement actuel, les patientes évoquent leurs précédentes grossesses, accouchement et la grossesse de l'enfant actuel.

– Evocation des accouchements précédents

Une participante évoque notamment le vécu difficile d'une première césarienne en urgence en rapport avec son accouchement actuel par voie basse.

« Parce que j'ai un petit garçon qui a déjà cinq ans et euh j'ai eu mon, donc le premier accouchement s'est très très mal passé. J'ai eu une césarienne en fait à vif donc voilà (rires). Comme j'ai pas pu accoucher naturellement...Voilà. » (Enquête n°7).

– Evocation de la grossesse

Dans la citation suivante, la patiente raconte l'histoire des dernières semaines de sa grossesse où le mode d'accouchement était discuté.

« Sachant que j'étais, que j'avais déjà un peu une histoire un peu particulière parce que c'est un bébé qui s'est beaucoup tourné dans les dernières semaines, avant dans le dernier mois globalement, avant l'accouchement, donc du coup il y a eu beaucoup de suspense de savoir si j'allais pouvoir accoucher par voie basse ou pas. » (Enquête n°1).

➤ Rapport au corps et à l'intimité

Nous avons mis en évidence des propos concernant le corps afin de nous éclairer sur la vision et les perceptions que les enquêtées peuvent avoir suite à l'accouchement et l'épisiotomie. Les sous-thèmes traitent aussi de la sexualité ou de l'intimité liée à l'accouchement et à l'épisiotomie.

– Sensations corporelles

Les sensations évoquées relèvent surtout d'une gêne en rapport avec la suture et surtout en position assise.

« *Quand je suis assise par contre je sens. Et ça m'arrive que ça tire et surtout quand je suis assise ça appuie.* » (Enquêtée n°3).

– Douleur évoquée

La douleur liée à l'épisiotomie peut être handicapante pour les patientes. En effet, dans plusieurs entretiens nous retrouvons le fait que les patientes n'arrivent pas à marcher le premier jour. Heureusement, cette douleur s'atténue au fil des jours après l'accouchement.

« *C'est vrai que c'est douloureux peut-être c'est au niveau de des assises. Voilà le fait de s'asseoir, de rester longtemps sur cette position-là surtout que voilà en maternité ben on peut pas aller se promener non plus à perpète les oies ou aller faire euh...On se repose forcément donc là on va dire la position quasi euh quotidienne c'est être assise et ouais.* » (Enquêtée n°6).

– Intimité

La question de l'intimité se pose durant l'accouchement. Les professionnels de santé en salle d'accouchement sont nombreux à rentrer dans la salle et cela peut se révéler gênant pour la patiente.

« *Même au niveau de l'accouchement euh même quand j'ai accouché hein. Quand l'anesthésiste est venu, bon le médecin est venu aussi, bon ben il a fallu regarder, bon ben oui j'étais très gênée oui. Malgré les douleurs de contraction euh oui (rires). Oui j'étais gênée quand même oui.* » (Enquêtée n°7).

– Sexualité

La sexualité est un élément abordé par rapport aux conséquences de l'accouchement et notamment par rapport à l'épisiotomie.

« Par rapport à l'épisio, avant l'accouchement on en avait parlé aussi. Je lui ai dit (à son mari) « Ben tu sais si je suis coupée, les rapports sexuels ça va peut-être pas revenir comme ça tout de suite. Il y aura peut-être une petite angoisse. » Donc là aussi on verra comment ça évolue. » (Enquêtée n°5).

– Perception du corps

Nous pouvons remarquer ici que l'enquêtée évoque le fait d'une perception du corps modifiée par l'accouchement.

« Alors que par exemple quand j'étais chez moi tranquille toute seule, le massage du périnée je le faisais. J'avais pas peur d'y aller, de masser, de...Et là d'un coup c'est...c'est plus trop mon domaine en fait. C'est...c'est vrai que c'est un peu étrange ouais. » (Enquêtée n°5).

2.3.3 Autres résultats

Nous constatons donc que l'information n'a pas toujours été donnée ou reçue selon les patientes et que les discours sont variés.

Notons que durant les entretiens, les conjoints présents ont pu s'exprimer par rapport au sujet et poser des questions. Leur place a donc été contributive aux entretiens car ils ont eux aussi assisté à l'information de l'épisiotomie voir même vu la réalisation du geste.

Concernant le recueil des antécédents principaux des patientes, nous avons aussi observé que la grande majorité des participantes n'avaient pas de connaissances sur le projet de naissance.

Enfin, les retours sur les entretiens nous ont montré que les patientes appréciaient parler de leur accouchement et en profitaient pour poser leurs questions en rapport avec l'épisiotomie.

3 ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Synthèse des résultats principaux et comparaisons avec la littérature

L'analyse verticale puis horizontale des entretiens a permis d'identifier les thèmes les plus saillants émanant du discours des patientes ce qui permet d'établir un certain nombre de constats résultant de notre recherche. Dans la partie qui suit, ces constats seront à discuter à la lumière de la littérature en lien avec notre sujet.

Globalement, notre étude rapporte que l'information sur l'épisiotomie n'est pas donnée de manière systématique et était soumise à plusieurs enjeux : la transmission de l'information, l'attitude de la patiente face à l'épisiotomie et la relation soignant-soignée.

3.1.1 La transmission de l'information

➤ Une information formulée après l'accouchement

D'une manière générale, l'information a été donnée après le geste et les professionnels l'associent à l'explication de la suture. Le soignant annonce que l'épisiotomie a été effectuée sans être vraiment dans la description de l'acte et en supposant que l'accouchée ait des connaissances sur l'épisiotomie. L'explication sur l'indication du geste a aussi lieu afin que la patiente en comprenne la raison, les indications étant différentes en fonction du contexte.

Dans l'ensemble des entretiens, les patientes se déclarent plutôt satisfaites de l'information reçue et n'auraient pas préféré être averties du geste. En effet, celles-ci déclarent que si le soignant leur avait annoncé l'acte d'épisiotomie, elles auraient été stressées et moins concentrées dans leurs efforts expulsifs. Les avis concernant l'information reçue sont donc plutôt positifs évoquant aussi la confiance envers le soignant au moment de l'accouchement.

Selon une publication du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2013 concernant l'épisiotomie, l'état des lieux et le vécu des femmes, les patientes s'estiment mieux informées sur l'acte d'épisiotomie, ce que l'on retrouve dans un des entretiens réalisés où la patiente dit être mieux informée par rapport à sa première épisiotomie. Nous retrouvons aussi l'absence de consentement dans les discours, en corrélation avec l'étude du CIANE, qui déplorait que dans 85% des cas le consentement n'était pas demandé (10).

➤ Les cas où l'information n'a pas été transmise ou mémorisée

Si l'information a été donnée encore faut-il qu'elle ait été reçue et mémorisée. En effet, dans plusieurs entretiens nous avons constaté que la capacité d'assimilation de l'information durant l'accouchement pouvait être perturbée.

Par exemple, lors d'un entretien où le conjoint était présent, l'interviewée affirmait ne pas avoir eu connaissance de la technique de réparation de l'épisiotomie alors que son conjoint, contredisant ses propos, affirmait le contraire en détaillant la technique dite du « 1 fil 1 nœud ».

Ce constat n'est pas surprenant au vu des émotions, du stress et de la fatigue générés par le travail et la naissance qui peuvent donc altérer les capacités d'écoute et de mémorisation des patientes. En effet, la mémoire déclarative concernant les scènes ou expériences vécues en fonction des endroits et des moments où les événements se sont déroulés est très sensible aux émotions et au stress (11).

Pour essayer de mieux comprendre ces situations, nous nous sommes penchés sur les mécanismes de la mémorisation. Le processus de mémorisation se déroule en trois étapes composées de l'encodage, du stockage et de la récupération (8). Donc pour accéder à un épisode passé, il faut que celui-ci ait été mémorisé (encodage) et stocké (stockage). Mais pour cela, l'événement vécu doit être chargé en émotion ou empreint d'un sens de façon à ce que l'individu y porte son attention (8). Dans une publication de la revue médecine sciences de 2003, nous voyons que la mémoire et le stress ont des effets divergents sur la mémoire : le stress nuisant à l'apprentissage et les émotions optimisant le rappel d'un événement (11). La mémorisation du contexte de l'accouchement va donc être sous l'influence des émotions, du stress et de leurs effets sur la mémoire. Or, l'épisiotomie n'est qu'un élément constitutif de l'accouchement et nous comprenons que si la patiente ne s'est pas focalisée sur cet élément en dehors de sa grossesse ou pendant son accouchement, les souvenirs associés en seront moins précis. De plus, l'oubli est omniprésent dans le processus de mémorisation et dépend du temps séparant la survenue de l'événement et sa remémoration. Donc plus l'événement sera récent, moins l'oubli sera important (8). Notons également que les émotions négatives facilitent mieux le processus de rappel.

Dans notre étude, nous avons rencontré deux enquêtées qui n'avaient pas connaissance de leur épisiotomie. Ce fut une situation délicate lorsque nous avons été à leur rencontre (l'une d'elle m'avait demandé ce qu'était une épisiotomie avant de commencer l'entretien, l'autre m'a questionnée après le début de l'enregistrement). Elles avaient tout de même connaissance de la déchirure périnéale et donc avait été informées. Pour relancer l'entretien, il

a donc fallu que je change mes questions en rapport avec l'épisiotomie par des questions en rapport avec « les points de suture ». Une enquêtée s'est même demandé si je ne m'étais pas trompée de patiente car elle était convaincue d'avoir eu une déchirure simple.

Ces entretiens ont tout de même été enrichissants car ils m'ont permis de me pencher sur la question de la transmission de l'information et d'explorer les causes de l'absence d'information même si je ne prévoyais pas une telle situation. Dans ces deux cas, nous sommes arrivés à trois hypothèses en relation avec cette absence d'information :

1. Les deux patientes n'avaient pas de connaissances sur l'épisiotomie en amont de l'accouchement ;
2. Les circonstances de l'accouchement et les antécédents de la patiente sont des facteurs influant sur la transmission de l'information ;
3. L'information n'a pas été donnée par le professionnel.

En effet, l'une d'elle ayant eu un vécu difficile d'une première césarienne en urgence redoutait l'accouchement et cite des hypothèses selon lesquelles l'équipe ne lui en aurait pas parlé pour ne pas lui faire peur.

De plus, ces deux patientes n'ont pas effectué de séances de préparation à la naissance (critère recueilli dans la fiche signalétique donnée en fin d'entretien). Il se peut alors que toutes les autres, même si elles n'ont pas toutes cité l'acquisition de connaissances par la préparation prénatale, auraient eu une information sur l'épisiotomie à cette occasion.

Enfin, concernant la période des suites de couches, certaines enquêtées expliquent avoir eu un doute pour prendre leur douche du fait des points de suture. L'information sur les soins n'a donc pas été transmise en salle d'accouchement et en suites de couches. Ce résultat est en corrélation avec une étude publiée en 2008 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur la satisfaction des usagères en maternité où il est souligné qu'en cas d'épisiotomie près d'une femme sur deux a déploré un manque ou une absence totale d'explications, et que l'insatisfaction est plus importante (22 %) concernant les informations et conseils médicaux prodigués à propos des soins à l'épisiotomie (7).

➤ **La recherche d'une responsabilité**

Le concept d'attribution de causalité est une notion en psychologie sociale désignant le processus par lequel nous expliquons des phénomènes par nos propres comportements et ceux d'autrui (12). Nous remarquons que si l'information n'a pas été entendue ou n'a pas été donnée, les enquêtées recherchent des causes et évoquent soit :

- Une responsabilité du professionnel de santé qui n'aurait pas pris le temps d'expliquer l'acte à la patiente ou n'a pas informé la patiente afin de ne pas l'effrayer (attribution externe);
- Une responsabilité personnelle dans le cas où la patiente n'aurait pas été dans la capacité d'entendre et d'assimiler les informations données lors de l'accouchement (attribution interne).

Certaines patientes expriment aussi le fait de n'avoir pas entendu l'information car celle-ci ne faisait pas écho à leurs sensations corporelles. En effet, les participantes aux entretiens n'ont pas senti le geste d'épisiotomie et citent que si elles n'avaient pas été informées elles ne l'auraient jamais su. Sur le site Internet de l'INSERM, nous retrouvons l'existence de quatre types de mémoires dont la mémoire perceptive liée au cinq sens (13). Il est donc possible que les participantes mettent en lien l'information et les sensations corporelles ressenties au moment de l'acte en rapport avec la mémoire perceptive et que l'information ait pu être donnée mais non mémorisée par la patiente.

En outre, nous retrouvons plusieurs cas où les patientes expriment le fait qu'elles peuvent mieux assimiler l'information au moment des suites de couches car elles pensent à poser leurs questions et du coup mémoriser les réponses en fonction.

3.1.2 Le regard sur l'épisiotomie

➤ **Un acte associé à un tabou**

L'épisiotomie est un acte touchant la sphère intime de la femme, qui peut paraître tabou car associée au périnée.

Dans une enquête menée chez des nullipares pendant la grossesse, sur les connaissances du périnée en 2005 par Tonneau, il apparaît que le mot « périnée » est tabou chez 20 % des femmes et est associé à l'intimité, la pudeur, la timidité, la méconnaissance et au lieu de la

sexualité. De plus, 50 % des participantes ne visualisent pas cette zone et n'osent pas la regarder (14). Ces propos ont été retrouvés dans un entretien où la participante évoque une crainte de la vision de la cicatrice d'épisiotomie alors que pendant sa grossesse, elle se sentait à l'aise avec cette zone et pratiquait le massage périnéal. Nous pouvons donc constater que la vision du périnée peut être modifiée par l'accouchement et sujette à certaines craintes.

Pour la question de la pratique de l'épisiotomie, la participation de la future mère se pose, d'autant plus que l'indication relève de l'incertitude et que la balance bénéfice/risque peut être discutée en rapport avec les études scientifiques (15). En effet, les bénéfices attendus ne sont pas démontrés scientifiquement et les conséquences existent avec des risques d'infections, de troubles de la cicatrisation et de dyspareunie (2).

➤ **Les connaissances des femmes**

Selon la même enquête citée précédemment, l'épisiotomie était connue chez 92 % des femmes pour son indication dans la limitation des déchirures et comme moyen pour faciliter le passage du bébé. Les sources d'information étaient essentiellement la sage-femme (57 %) et les livres (31 %) (14). Dans nos entretiens, deux patientes ne savaient pas ce qu'était une épisiotomie avant notre rencontre, une nullipare et une primipare. Dans l'ensemble, les patientes ont connu ce qu'était l'épisiotomie par leur entourage, internet, leurs premiers accouchements, et la préparation à la naissance. Mais cela reste très variable.

Dans un entretien, nous retrouvons l'évocation de l'explication de l'épisiotomie assez imagée en préparation à la naissance dont la patiente s'est souvenue après l'accouchement et qui lui a permis d'être rassurée par rapport au geste.

➤ **Les peurs associées à l'épisiotomie**

Même si l'épisiotomie paraît être un acte tabou et qui fait peur, les patientes évoquent surtout la peur de la césarienne lors de l'accouchement au vu du contexte d'urgence. Nous retrouvons également cette peur chez les patientes ayant déjà vécu une césarienne.

Les peurs associées à l'épisiotomie concernent la douleur consécutive à l'acte, la crainte de désunion de la cicatrice et la crainte de la manipulation. En effet, nous constatons que dans les discours sur le rapport au corps après l'accouchement, les patientes n'osent pas regarder, ni manipuler cette zone du périnée.

Des pratiques ont été décrites afin de réduire le risque de déchirures périnéales. Dans un entretien, une participante évoque son expérience du massage périnéal qu'elle pratiquait pendant sa grossesse. Une méta-analyse a été menée par la Cochrane et a montré que le massage périnéal réduit significativement le traumatisme périnéal nécessitant une suture mais seulement chez les primipares (16). Cependant, il n'existe pas de lien significatif entre le massage périnéal et la réduction des épisiotomies. Les RPC du CNGOF évoquent également un manque de données scientifiques pour conseiller le massage périnéal en prévention de l'épisiotomie (2).

3.1.3 Le rôle de la sage-femme

Dans le domaine de l'obstétrique, le champ de l'information prédomine notamment lors de la grossesse. Durant ces dernières années, nous avons pu constater le développement d'outils afin de favoriser la communication entre le patient et le soignant, notamment par la mise en place de l'entretien prénatal précoce étant un temps pour l'information de la femme enceinte et du couple en dehors des consultations de grossesse. Le rôle des soignants et des sages-femmes en période post-natale n'est pas à négliger également. Durant cette période, les mères peuvent faire face à des difficultés conséquentes à l'arrivée d'un enfant notamment physiques ou psychologiques. La sage-femme a donc un rôle clé dans l'accompagnement des femmes durant leur parcours obstétrical.

Plusieurs études montrent le rôle indispensable de la sage-femme lors de l'accouchement. Les RPC du CNGOF suggèrent même qu'un soutien des parturientes par une même sage-femme pourrait réduire le recours à l'épisiotomie (2).

La relation soignant-soignée paraît aussi capitale dans la transmission de l'information. Cette relation qui se tisse au travers d'un projet d'enfant permet aux femmes et aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs angoisses. Lors des entretiens, les patientes évoquent les qualités rassurantes, les capacités d'écoute, et la confiance qu'elles accordent à l'équipe médicale.

Selon l'étude de la DREES réalisée en 2005, évaluant la satisfaction des usagères des maternités, les participantes ont mis en évidence les qualités humaines des professionnels dont l'écoute et l'accompagnement à 30 %, le dialogue et les explications reçues à 22 % (7).

De plus, dans une étude australienne étudiant la satisfaction des femmes en post-partum sur les soins reçus et leurs attentes, nous observons qu'une part importante de leur satisfaction

est focalisée sur le soutien de la sage-femme et les explications reçues au cours de leurs accouchements (17).

Dans le cadre de sa profession médicale, la sage-femme se doit également d'informer la patiente sur son état de santé. Cela permet une participation de la patiente dans les actes de soins la concernant. D'autant plus que ces dernières années avec le développement d'Internet, les femmes possèdent un large accès à l'information par le biais de leurs recherches personnelles.

Dans un article de Moutel, qui affirme que « *la démocratisation de l'accès au savoir médical a vu naître un accroissement de demande de participation des patients à la démarche de soins* », celui-ci rappelle la question des droits des patients (15). Nous voyons donc que les connaissances des patientes sont à prendre en compte et que cela peut conduire à des plaintes de patientes en cas de non-respect du droit d'information. En effet, les usagers de la santé ont la possibilité, en cas d'insatisfaction, de contester leur prise en charge notamment par le biais des Commissions de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Selon une synthèse de l'Agence Régionale de la Santé sur les rapports CRUQPC de la région Rhône-Alpes de 2013, les réclamations concernant les services d'obstétrique s'élevaient à 2 % des réclamations totales. Les motifs les plus fréquents de réclamations concernant la prise en charge médicale étaient la divergence sur les actes médicaux, la relation avec les médecins (et le personnel) et l'information du malade/de la famille (18).

Concernant l'information sur l'épisiotomie, les réclamations ne sont pas quantifiées mais nous pouvons constater qu'il s'agit d'un sujet sensible car il n'existe pas d'indications prouvées, que la transmission de l'information lors de l'accouchement dépend de la relation entre le professionnel et le soigné, et que celle-ci peut être altérée soit par le contexte de l'accouchement soit par la mémorisation de la patiente. La sage-femme peut donc voir engager sa responsabilité professionnelle dans l'information sur l'épisiotomie.

3.2 Découvertes de l'étude

3.2.1 Place du conjoint

Avant les entretiens, nous avons envisagé la présence seule de la patiente en compagnie de son enfant, d'une part pour favoriser l'expression de son vécu et de choses intimes en rapport avec l'épisiotomie, et d'autre part afin que les entretiens soient homogènes sachant qu'avec les allers et venues, les pères ne seraient pas toujours présents. Or, leur présence a été

plutôt favorable, favorisant l'expression de la patiente et la remémoration du moment de l'accouchement. D'autant plus que lors d'un entretien cela a permis de voir que le conjoint se rappelait d'une explication qu'avait donnée la sage-femme lors de l'accouchement alors que la patiente ne s'en souvenait pas. La présence du conjoint, lors de la transmission d'information, peut donc permettre à la parturiente une meilleure mémorisation des explications.

De plus, l'accompagnant (qui peut être aussi un membre de l'entourage de la patiente), constitue un soutien pour la femme lors de la naissance de l'enfant. Il peut aussi assister à l'acte d'épisiotomie et le voir.

Deux accompagnants ont vu le geste d'épisiotomie. L'un d'eux m'a confié avoir été étonné par la simplicité du geste et aurait aimé connaître sa réalisation avant l'accouchement. Nous voyons donc que la place du mari en salle d'accouchement est délicate notamment lorsqu'il assiste aux actes médicaux.

3.2.2 Le « point du mari »

La notion de « point du mari » a été abordée dans deux entretiens et m'était inconnue avant l'étude. D'après mes recherches, le « point du mari » serait une pratique consistant à suturer le périnée après une épisiotomie de manière plus étroite afin d'améliorer le plaisir sexuel masculin.

Cette information a été retrouvée d'après une publication d'une sage-femme écrivain Agnès Leydig, relayée sur le blog d'Isabelle Alonso en 2014. Elle a fait beaucoup parler d'elle par la suite notamment dans la presse (19). De plus, il existe de nombreux forums où des femmes témoignent avoir été « victime du point du mari » expliquant sa réalisation et les conséquences douloureuses de cette pratique notamment en termes de sensations et de dyspareunies.

Cette notion a été abordée par deux interviewées, qui en avaient pris connaissance par le biais de la préparation à la naissance, suite aux échanges entre participantes, et par le biais de recherches via Internet sur l'épisiotomie. Les réactions suscitées face à cette découverte ont été la peur, l'étonnement et le choc.

Quant à la pratique de ce fameux point, nous n'avons pas trouvé d'articles scientifiques en rapport.

3.2.3 La place du consentement

Dans les entretiens, la question du consentement n'a pas été abordée par les patientes. Comme nous l'avons vu, le consentement est obligatoire dans le code de la santé publique. Or il existe des exceptions à l'information selon l'article L.1111-2 : « *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.* » (5). Nous pouvons constater que dans certains cas l'épisiotomie est un acte réalisé en urgence et que le temps consacré à l'information risquerait de compromettre le pronostic en termes de déchirure périnéale ou d'asphyxie fœtale et néonatale (20). La femme est aussi concentrée dans les efforts expulsifs mais peut-on considérer qu'elle est hors d'état d'exprimer sa volonté ?

Selon Moutel, le consentement n'est pas à banaliser. Il ferait partie intégrante d'une démarche de co-décision entre le patient et le soignant (15). D'ailleurs, la médicalisation de l'accouchement avec la pratique systématique d'actes médicaux s'est largement répandue en France au détriment de l'accouchement physiologique et du respect des désirs et des besoins de la patiente. Cette démarche sécuritaire a donc vu la pratique de l'information et du consentement durant l'accouchement être banalisée par les professionnels décidant de ce qui est bien pour la patiente. Or, ce n'est pas la démarche qui devrait être adoptée sachant que le patient dispose d'un droit à l'information et au consentement (15, 21).

3.3 Préconisations

Pour une meilleure information des patientes sur l'épisiotomie il faudrait donc :

- Rechercher de manière systématique le consentement de la patiente durant l'accouchement ;
- Expliquer le geste d'épisiotomie à la patiente et son indication. Le professionnel devrait partir des connaissances de la patiente sur l'épisiotomie puis l'informer au moment opportun ;
- Informer la patiente en présence de son conjoint afin que la mémorisation soit plus efficace et que celui-ci puisse également avoir une explication ;

- S’assurer que l’information ait été comprise par la patiente ;
- Informer sur les soins notamment expliquer qu’aller aux toilettes et prendre une douche est possible après l’accouchement (dans certaines mesures) ;
- Informer sur la possibilité de demander conseil à tout moment à une sage-femme de suites de couches.

De plus, nous savons que lors des premiers jours en maternité, les mères sont guidées dans l’apprentissage des soins aux nouveau-nés et dans leurs interrogations diverses. La sage-femme examine aussi la mère sur le plan physique et psychologique mais un retour sur leur accouchement n’est pas forcément effectué. Au retour à domicile, même s’il existe les PMI ou le système du PRADO, les femmes ne sont pas toutes accompagnées et sont amenées à revoir un professionnel dans le cadre de la visite post-natale 6 semaines après leur accouchement. La notion d’un entretien postnatal précoce, complémentaire de la visite postnatale, est alors née ces dernières années. Selon l’HAS, *« un entretien postnatal précoce, réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l’accouchement, permettrait aux femmes d’exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s’appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. »* (22).

Nous proposons donc de développer cet entretien postnatal précoce qui permettrait aux patientes de s’exprimer après leur accouchement, auprès de leur sage-femme ou d’un médecin, en post-partum immédiat ou dans les 15 jours suivant l’accouchement.

3.4 Forces et limites de l’étude

3.4.1 Forces de l’étude

Concernant les hypothèses de départ, l’étude a permis de voir que l’information n’était pas toujours donnée, qu’elle était effectivement donnée après le geste, que l’épisiotomie n’était pas l’élément le plus marquant de l’accouchement, et que l’entretien était l’occasion pour les patientes de s’exprimer sur le vécu de leur accouchement.

L'étude a permis d'identifier les enjeux de l'information sur l'épisiotomie en allant à la rencontre des patientes. L'acte d'épisiotomie étant notifié dans le dossier, il s'agissait de savoir si la patiente le savait, donc si le professionnel en avait informé la patiente et même si celle-ci avait été en capacité de l'entendre. Nous voyons donc que la place du professionnel et notamment de la sage-femme tient un rôle capital dans la transmission de l'information.

Nous avons pu voir que l'acte paraît non traumatisant à court terme et que la satisfaction est dépendante du vécu global de l'accouchement. La relation soignant-soignée est un point important souligné dans cette étude car elle est évoquée de manière positive par rapport à l'épisiotomie. Les compétences relationnelles et médicales des sages-femmes sont aussi abordées par les patientes.

Enfin, en allant à la rencontre des patientes nous avons pu participer à l'expression de leur point de vue sur l'épisiotomie et comprendre les mécanismes de la transmission de l'information. De plus, nous avons pu identifier des points d'améliorations nécessaires pour notre pratique.

3.4.2 Limites de l'étude

Il existe plusieurs limites associées à l'étude concernant la technique des entretiens. D'une part, le biais de déclaration concernant la véracité du discours de la patiente et d'autre part, le biais de mémorisation concernant la remémoration des événements par la patiente.

La réalisation dans plusieurs maternités aurait pu également apporter plus d'hétérogénéité dans les discours notamment face à l'information qui peut être différente entre les professionnels mais aussi entre les maternités de niveaux 1, 2 ou 3 et leurs pratiques de l'épisiotomie.

Les conditions de réalisation de l'enquête ont pu également exercer un biais. Tout d'abord, les patientes n'étaient pas toujours seules avec leur enfant ou en présence de leur conjoint. Elles n'étaient pas toujours interrogées en chambre seule. Nous avons aussi été interrompus par le service de la maternité lors des entretiens. Enfin, notons que la posture de l'enquêteur a pu créer un biais. La tenue en uniforme a peut-être été défavorable dans la déclaration des faits et l'attitude des participantes.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons pu constater que l'information reçue sur l'épisiotomie était différente pour chaque patiente et que l'expression de leur point de vue a permis de cerner leurs attentes en termes d'information et de formuler des propositions.

Tout d'abord, nous avons vu que l'information n'était pas toujours donnée ou même reçue par la patiente. Ce résultat a permis la recherche d'hypothèses en relation avec le contexte de l'accouchement, l'attitude des professionnels et la mémorisation de la patiente. De plus, nous avons constaté que les enquêtées ont été informées après le geste, en rapport avec les points de suture. Les informations données n'étaient pas les mêmes selon les participantes et les professionnels, et peuvent dépendre des questions posées après l'accouchement.

Les connaissances des patientes sur l'épisiotomie étaient variées. Certaines n'avaient pas de notion alors que d'autres s'étaient bien renseignées durant leur grossesse et cherchaient même à l'éviter en pratiquant le massage périnéal. Des peurs étaient associées à l'épisiotomie et concernaient la douleur, la cicatrisation, la sexualité et les futurs accouchements.

Cependant, il ressort de notre enquête un vécu plutôt positif de l'accouchement même si les réactions face à l'annonce de l'épisiotomie pouvaient être négatives. La relation avec l'équipe et la sage-femme est mise en valeur dans les entretiens, centrée sur l'écoute, la rassurance et l'accompagnement.

Globalement, les attentes des patientes en termes d'information sont plutôt axées sur les soins de l'épisiotomie en suites de couches.

Nous avons également constaté que la place du conjoint n'était pas anodine. Celui-ci étant spectateur de l'accouchement et accompagnateur, il peut aussi réagir face à l'information donnée et aux actes médicaux pratiqués.

Enfin, nous ne pouvons que souligner le rôle de la sage-femme dans l'information sur l'épisiotomie, soumise à des enjeux médico-légaux et relationnels. En effet, le consentement étant obligatoire, la sage-femme se doit de le rechercher dans chaque situation tout en assurant une prise en charge adaptée et bienveillante de la patiente.

Au vu des résultats obtenus et afin d'améliorer la transmission de l'information sur l'épisiotomie, nous proposons aux professionnels de rechercher systématiquement le consentement de la patiente, d'expliquer le geste en fonction des connaissances de la patiente, de donner une information au moment opportun et si possible en présence du conjoint. Nous préconisons également aux soignants de s'assurer que l'information ait été comprise, d'informer sur les soins dès l'arrivée en suites de couches et d'inciter les patientes à poser leurs questions et de demander conseil à une sage-femme.

En conclusion, l'étude a montré que l'information de l'épisiotomie était soumise à plusieurs enjeux concernant la relation soignant-soignée, le contexte de l'accouchement, les connaissances de la patiente et sa capacité de mémorisation. L'enquête a aussi permis l'expression des femmes sur le sujet et leurs attentes ainsi qu'un retour sur leur accouchement. Cela pourrait être plus amplement développé par l'entretien post-natal précoce réalisé dans les jours suivant l'accouchement selon la demande de la patiente. De plus, le regard des conjoints pourrait être étudié plus précisément sur la question de l'épisiotomie et le vécu de l'accouchement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Lansac J, Descamps P, Oury J-F. Pratique de l'accouchement. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson;2011.
- (2) CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : l'épisiotomie (2005) [consulté le 3-03-2016]. Disponible à partir de URL:
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- (3) Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC-Techniques chirurgicales-Gynécologie 2013;8(1):1-8.
- (4) Way S. Social construction of episiotomy. Journal of clinical nursing 1998;7:113-7.
- (5) République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002;1:4118.
- (6) Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. [en ligne] 2012:1-18 [consulté le 19-01-2016]. Disponible à partie de URL:
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations -
_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
- (7) Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de la grossesse. Études et Résultats [en ligne] 2008;660:1-6 [consulté le 19-01-2016]. Disponible à partir de l'URL: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
- (8) Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris: Dunod: 2013.
- (9) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. [consulté le 2-02-2016] Disponible à partir de URL:
http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/306200/mod_resource/content/1/L%E2%80%99ENQU%C3%80TE%20ET%20SES%20M%C3%89THODES.pdf

- (10) CIANE. Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes. Enquête sur les accouchements [en ligne] 2013;6:1-25 [consulté le 14-01-2016]. Disponible à partir de URL: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
- (11) Maheu F, Lupien S. La mémoire aux prises avec les émotions et le stress : un impact nécessairement dommageable ? M/S : médecine sciences [en ligne] 2003;19(1):118-24 [consulté le 3-03-2016]. Disponible à partir de URL: <http://id.erudit.org/iderudit/000766ar>
- (12) Psychologie sociale. Des attributions causales aux imputations de responsabilité. [consulté le 3-03-2016] Disponible à partir de URL: http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=132&Itemid=95
- (13) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Mémoire. [consulté le 19-02-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/memoire>
- (14) Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guerneur J, Grall J-Y. Le périnée qu'en savent les femmes ? La revue sage-femme [en ligne] 2005;4:109-14 [consulté le 13/02/2016].
- (15) Moutel G. Pourquoi le consentement des patients ne doit-il pas être banalisé ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2012;40(11): 698-700.
- (16) Beckmann, Michael M, Stock O. Antenatal Perineal Massage for Reducing Perineal Trauma. The Cochrane Library. Chichester, UK:John Wiley & Sons, Ltd;2013.
- (17) Lewis L, Hauck Y, Ronchi F, Crichton C, Waller L. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16(1):1-9.
- (18) Agence Régionale de la Santé Rhône-Alpes. Synthèse régionale des rapports CRUQPC 2013. [consulté le 19-02-2016]. Disponible à partir de URL:

http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direction_Generale/Relations_avec_les_usagers/CRUQ/20150324_Synthese_rapports_CRUQPC_2013.pdf

- (19) Isabelle Alonso. Le « point du mari ». [consulté le 19-02-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
- (20) Dibie-Krajcman D. Le devoir d'information du professionnel de santé. La Revue Sage-Femme 2011;10(2):81-4.
- (21) Maria B, Dauptain G, Gaucherand P, Cohen H, Vige P, Berthet J, *et al.* Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32(7):606-16.
- (22) Haute Autorité de Santé : Recommandation de Bonne Pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. [consulté le 19-02-2016]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

ANNEXE I

GRILLE THEMATIQUE

Entretien N° :.....

Date :

Lieu :

Infos :

THEMES ET SOUS-THEMES

Information

- Information reçue : oui/non
- Moment de l'information
- Connaissance de l'indication
- Explications sur les soins à faire
- Personne ayant donnée l'information
- Information compréhensible
- Information sur la suture

Relation avec le personnel médical

- Rapport/confiance
- Réponses aux questions : oui/non
- Qualités/défauts

Épisiotomie

- Connaissances sur l'épisiotomie
- Questions autour de l'épisiotomie
- Peurs
- Sensations/douleur
- Intimité/pudeur

Vécu de l'accouchement

- Peurs associées à l'accouchement
- Vécu de l'épisiotomie
- Vécu global

ANNEXE II

FICHE SIGNALÉTIQUE

Entretien N° Date :.....

Age :

Profession :

Niveau d'étude :

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charge (avec votre nouveau-né) :

Suivi de la grossesse, métier du professionnel, hospitalisations (motif) :

Participation à des séances de préparation à la naissance :

Projet de naissance à l'accouchement :

Date d'accouchement ou terme si vous le connaissez :

Poids du bébé :

| THEMES PRINCIPAUX | SOUS-THEMES | ELEMENTS D'ANALYSE | EXTRAITS D'ENTRETIEN |
|--|-------------------------------------|---|---|
| L' INFORMATION REÇUE | Moment de l'information | L'information a été donnée après l'acte et après la naissance. | "Ben j'ai été informée après qu'il ait été pratiqué en fait, c'est-à-dire une fois que le bébé était sorti, concrètement." (Enquêtée n°1). |
| | | Le professionnel donne l'information de l'épisiotomie en parlant d'abord de la suture à faire. | "La sage-femme elle m'a dit ben" je vais vous recoudre parce que j'ai du pratiquer une épisiotomie."" (Enquêtée n°5). |
| | Réaction face à l'information | La réaction ici est le "choc" de savoir qu'il y aurait des points à faire (la patiente ne savait pas que des déchirures étaient possibles après un accouchement). | "Au début, je savais pas que j'allais avoir des points et on m'a pas prévenu que on pouvait avoir des points donc ouais sur le coup j'ai été choquée mais après, je sais pas, je me dis c'est fait, c'est fait." (Enquêtée n°4). |
| | | La patiente a été surprise de savoir qu'elle avait eu une épisiotomie car elle pensait que l'accouchement s'était bien passé. | "Et c'est vrai qu'en même temps, elle m'a dit, le fait de le faire après, ben "il a fallu que je fasse une épisio" j'ai été surprise "ah bon moi je pensais que tout allait bien" (rires)." (Enquêtée n°5). |
| | Avis sur l'information reçue | La patiente pense qu'elle aurait stressée si elle avait été informée du geste sur le moment et semble satisfaite de l'avoir su après l'accouchement. | "Donc du coup je pense que c'était bien qu'on me dise pas l'épisiotomie pendant, parce que je pense ça m'aurait peut-être un peu stressée quoi." (Enquêtée n°1). |
| | Hypothèses sur l'information donnée | Dans le cas où l'information n'a pas été donnée, la patiente recherche des causes et se remémore, dans cet exemple, que la sage-femme était pressée afin de réaliser un autre accouchement. Il s'agit d'une attribution causale externe. | "Ben c'est vrai que après, maintenant que vous m'en parlez la sage-femme m'a dit qu'elle avait tout de suite un autre accouchement qui se préparait derrière donc c'est peut-être possible que dans ce contexte-là elle ait pas pensé m'en parler." (Enquêtée n°7). |
| Elle évoque aussi l'hypothèse de ne pas avoir été dans la capacité d'écouter l'information donnée (attribution causale interne ou auto-attribution). | | "Ou alors peut-être que c'est vrai que j'étais un petit peu peut-être fatiguée, je me suis pas rendue compte, je les ai peut-être pas écouté euh comme il fallait, c'est possible." (Enquêtée n°7). | |
| La capacité d'assimilation de l'information est évoquée par les patientes en rapport avec le moment de la naissance. | | "On m'a expliqué des choses. Je pense qu'il y a des éléments que j'ai même pas été en capacité d'entendre parce que le...enfin j'étais pas, plus là-dedans en fait." (Enquêtée n°6). | |
| LES ATTITUDES FACE A L'EPISIOTOMIE | Connaissances sur l'épisiotomie | Les connaissances sur l'épisiotomie peuvent être acquises lors d'un précédent accouchement avec épisiotomie. | "Je connais par rapport à mon premier accouchement en fait. On m'a tout expliqué donc je savais et puis après on m'a réexpliqué parce que je posais des questions." (Enquêtée n°3) |
| | | La préparation à l'accouchement peut également être un moment d'information sur l'épisiotomie. Nous voyons, dans la citation, que la patiente se remémore d'une explication imagée sur l'épisiotomie en séance de préparation à la naissance. | "J'ai quand même fait une séance classique pour réviser l'expulsion du bébé et tout ça. Et dans cette séance-là en fait, la sage-femme a montré très concrètement en fait le geste d'épisiotomie, elle avait un poupon de bébé et elle avait une genre de petite, comme un drap ou une couverture souple qu'elle a mis autour de la tête du bébé pour montrer la phase d'expulsion en fait." (Enquêtée n°1). |
| | Peurs associées à l'épisiotomie | Les peurs sont associées à la douleur, à la zone du périnée et à la cicatrisation. | "Il y a pas que ça, le fait que ce soit dans le vagin quoi tout en fait. C'est ça qui...qu'ils coupent. C'est ça en fait ma crainte. Et surtout la douleur aussi. La douleur c'est ce qui reste après. Ouais la douleur. Après on se pose plein de questions. Après, si on va pouvoir aller aux toilettes normalement, quand on va se laver ça va faire mal, plein de choses comme ça. On appréhende en fait." (Enquêtée n°3). |
| | Vécu de l'épisiotomie | L'épisiotomie ne constitue pas un élément traumatisant pour cette patiente qui l'a bien vécu. | "Il était né, tout allait bien pour tout le monde et donc du coup, c'était un détail de l'histoire.[...] Donc je veux dire c'est pas du tout un acte traumatisant pendant qu'il a lieu." (Enquêtée n°1). |
| | Questions sur l'épisiotomie | Les questions peuvent concerner l'hygiène intime et la douleur, notamment pour "aller aux toilettes." | "Après on se pose plein de questions après, si on va pouvoir aller aux toilettes normalement, quand on va se laver ça va faire mal, euh plein de choses comme ça." (Enquêtée n°3). |
| LA RELATION SOIGNANT-SOIGNEE | Qualités des professionnels | Les qualités d'écoute et de réconfort de l'équipe sont citées par l'enquêtée. | "Les sages-femmes, honnêtement, elles ont été adorables, elles m'ont réconfortées, elles ont été super et je pense que ça m'a beaucoup aidé aussi parce que ça m'a détendue, j'étais beaucoup plus calme et voilà et c'est que du bonheur (rires). [...] On m'a rassuré, je savais que normalement il y aurait pas de soucis et effectivement ben tout s'est bien passé. Mais toujours avec une équipe super qui ont été vraiment à l'écoute. Ca c'est très très important je pense." (Enquêtée n°7). |
| | Réponses aux questions | L'enquêtée évoque le fait que l'équipe est disponible pour répondre à ses questions. | "Et surtout quand enfin je sais que si je dois poser des questions, elle n'hésiteront pas à me répondre. Donc on...ouais c'est, on se sent bien." (Enquêtée n°4). |
| | Relation de confiance | L'interviewée cite sa confiance envers les professionnels et leurs décisions notamment pour le geste d'épisiotomie. | "En fait, je fais confiance à la personne professionnelle qui est là et qui sait voilà exactement ce qu'il faut faire sur le moment." (Enquêtée n°6). |

| THEMES PRINCIPAUX | SOUS-THEMES | ELEMENTS D'ANALYSE | EXTRAITS D'ENTRETIEN |
|---|--|---|---|
| RECIT DE L'ACCOUCHEMENT | État d'esprit lors de l'accouchement | La patiente n'a pas eu de pensées en rapports avec l'épisiotomie durant l'accouchement. Elle était concentrée sur les efforts expulsifs. | "J'étais à fond dans le "je pousse"...vraiment me concentrer pour pousser au bon endroit parce que...ben avec la péri j'étais un petit peu anesthésiée et tout. Euh pousser au bon endroit, je sais pas trop comment expliquer mais vraiment euh me concentrer sur cette zone-là et...et je sais pas et pas juste pousser dans le vent, pas trop les abdos, pas trop...enfin voilà. Et je me suis pas vraiment posé la question de savoir "Ca passe ? Ca passe pas ? Est-ce que c'est suffisamment détendu ? ". Ouais je me suis pas posé ces toutes ces questions là en fait. Voilà." (Enquêtée n°5) |
| | Évocation de la suture | Le moment de la suture et les personnes présentes sont évoqués. La question de la pudeur se pose ici lorsque la patiente s'est retrouvée face à plusieurs personnes observant la réparation de l'épisiotomie. | "J'avais un petit champ sur mes jambes quoi et du coup bah de l'autre côté ça discutait fil et aiguilles. Et (rires) avec donc il y avait la sage-femme qui pratiquait l'acte, l'interne qui supervisait, et puis les trois...trois autres étudiantes sages-femmes et médecine." (Enquêtée n°1). |
| | Peurs évoquées lors de l'accouchement | La peur de la césarienne, durant le travail, est retrouvée dans les entretiens. | "Sur le coup j'y ai pas pensé à ça je pense, mais à l'accouchement comment ça allait se passer, si on allait me faire une césarienne ce qui fait plutôt peur." (Enquêtée n°2). |
| | | La patiente nous raconte son premier accouchement par césarienne en urgence et évoque sa peur d'accoucher par voie basse. | "Parce que mon fils de cinq ans avait le cordon autour du cou en fait au moment de l'accouchement, donc c'est pour ça qu'ils s'en sont pas rendus compte avant, ils pouvaient pas le voir, et la péridurale n'avait pas eu le temps de faire effet, donc ils m'ont fait une césarienne en top chrono dix minutes on va dire. [...] J'ai été traumatisée hein de ma première grossesse enfin de mon accouchement et j'en avais j'avais très très peur d'accoucher aussi." (Enquêtée n°7). |
| | Contexte de l'épisiotomie | L'indication de l'épisiotomie a été expliquée et comprise par la patiente. | "Donc là elle a coupé, en plus elle m'a expliqué que le périnée était très tendu tout ça, donc je me suis dis "Bon ben voilà quoi elle a pas eu le choix, elle a pas eu le choix."" (Enquêtée n°5). |
| LES EXPERIENCES RELATIVES A LA GROSSESSE | Évocation des accouchements précédents | La patiente explique son histoire en relation avec cet accouchement où elle redoutait également une césarienne. | "Parce que comme en plus mon accouchement précédent ça avait déjà été le cas, il s'était présenté en siège alors qu'on s'y attendait pas en fait, donc du coup je suis venue en travail aux urgences il était en siège, donc j'ai eu peur de, donc je m'étais pas préparée donc j'avais peur de faire par voie basse, donc on a eu une césarienne." (Enquêtée n°1). |
| | Évocation de la grossesse | Le massage périnéal a été pratiqué par cette enquêtée, durant sa grossesse, afin d'éviter une épisiotomie. | "Et pourtant, avant la naissance, j'avais acheté l'huile spéciale massage du périnée, donc j'en ai fait un petit peu et tout. Donc c'est bien que quelque part (rires) j'essayais de l'éviter." (Enquêtée n°5). |
| RAPPORT AU CORPS ET A L'INTIMITE | Sensations corporelles | Les sensations peuvent être accentuées dans certaines postures et situations, notamment en position assise ou à la toux. | "Ben déjà quand on s'assoit, on peut pas rester trop longtemps assise. Ben quand je tousse, ça me fait mal. Pour aller aux toilettes, si on y va on le sent quoi." (Enquêtée n°3). |
| | Douleur évoquée | La patiente s'est questionnée sur sa douleur et sur le caractère normal de cette douleur consécutive à l'épisiotomie. | "Et puis voilà, c'est surtout par rapport à la douleur aussi. Je savais pas trop si c'était normal que j'ai aussi mal. Alors je me doutais bien que de toute façon...on m'avait coupé, j'avais une cicatrice donc j'avais un peu mal. Mais...on sait jamais...quelle douleur enfin...donc voilà, je voulais vérifier que...là c'était bon (rires). J'ai mal mais je peux quand même marcher c'est bon ça va." (Enquêtée n°5). |
| | Intimité | Le conjoint a vu le geste mais la patiente affirme que cela ne pose pas de soucis dans son couple. | "On m'a ouvert, il me l'a dit en rigolant même. Donc...il l'a dit en rigolant donc il l'a pas pris trop au sérieux (rires). De ce côté-là il y a pas de soucis." (Enquêtée n°3). |
| | Sexualité | Le sujet de la sexualité a été abordé dans le couple lors de la grossesse notamment en rapport avec l'épisiotomie et la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. | "Par rapport à l'épiso, avant l'accouchement on en avait parlé aussi. Je lui ai dit "ben tu sais si je suis coupée euh les rapports sexuels ça va peut-être pas revenir comme ça tout de suite. Il y aura peut-être une petite angoisse." Donc là aussi on verra comment ça évolue. Mais déjà on en a parlé avant." (Enquêtée n°5). |
| | Perception du corps | La vision de son propre corps comparée aux images de chirurgie sur un autre corps n'est pas la même. Il en résulte une crainte de la vision de la cicatrice d'épisiotomie exprimée par cette patiente. | "Je crains pas trop je dirais, enfin la vision des choses de chirurgie enfin des trucs comme ça. C'est, ça me fait pas, quand c'est pas son corps c'est pas pareil quoi [...]Même si j'ai une certaine curiosité de savoir à quoi, au final, de voir ce que ça veut dire cette épisiotomie, je suis pas tout à fait prête à vouloir regarder tout de suite en fait. (Enquêtée n°1). |

RESUME

| | |
|---|--|
| Auteur : Maryline FERRERA | Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Lyon 2016 |
| Titre : Episiotomie et information reçue en salle d'accouchement : Entretiens avec 9 patientes ayant vécu le geste | |
| Résumé <u>Objectif</u> : Décrire l'information reçue sur l'épisiotomie en salle d'accouchement et recueillir le point de vue des patientes. <u>Matériel et méthode</u> : Une étude qualitative de type descriptive transversale a été effectuée par la réalisation de 9 entretiens semi-directifs, en suites de couches, avec des patientes ayant vécu une épisiotomie. Une analyse thématique du contenu a pu être réalisée sur 7 entretiens. <u>Résultats</u> : Globalement, l'information sur l'épisiotomie et son indication ont été données après le geste. Cependant, deux participantes n'ont pas été informées et l'information sur les soins de l'épisiotomie a posé question chez plusieurs enquêtées. Le vécu global s'est révélé positif même si l'épisiotomie reste un acte qui fait peur, associé à des polémiques et qui était encore inconnu chez certaines patientes. Les qualités d'écoute et d'accompagnement des équipes ont été soulignées durant l'accouchement et ses suites. <u>Conclusion</u> : L'information sur l'épisiotomie en salle de naissance est soumise à la relation soignant-soignée et aux connaissances de la patiente. Outre les enjeux médico-légaux, la sage-femme a un rôle primordial dans cette information permettant un accompagnement et une prise en charge de ces femmes dans les suites de l'accouchement. Enfin, l'épisiotomie ne constitue pas un élément marquant de l'accouchement. Mots clés : Information, épisiotomie, accouchement, relation soignant-soignée | |

| |
|---|
| Title : Episiotomy and information provided in delivery rooms : Interviews with 9 patients who underwent episiotomy |
| Abstract <u>Objective</u> : To describe how episiotomy is explained to the patients in delivery rooms and understand the patients' points of views. <u>Methodology</u> : A cross-sectional descriptive study has been carried out through 9 semi-guided interviews after childbirth with patients that underwent episiotomy. 7 interviews have been analysed in a thematic report. <u>Results</u> : In most cases, episiotomy was explained to the patients after suture. However, two of them did not receive any information about it and several patients did not know what cares were needed afterwards. The overall experience about episiotomy was related as rather positive even though it is still considered as a frightening act associated to polemics and even unknown by some patients. The staff caring and listening skills during and after childbirth were well appreciated. <u>Conclusion</u> : Information provided on episiotomy in delivery rooms depends on the midwife-patient relation, on the patient's knowledge about this surgical act. In case of episiotomy, midwives have an essential role to play so that the right cares are given to the patients after childbirth. Finally, episiotomy does not seem to be a traumatising element of childbirth. Keywords : information, episiotomy, childbirth, midwife, patient |