

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2020-2021

**Le vécu de l'épisiotomie en fonction de la participation ou non
à la Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).**

Présenté par

DECOUX Cindy

Expert scientifique : Rachida DEUSY

Expert méthodologique : Marie-Noëlle VOIRON



Remerciements

Je tiens tout d'abord, à remercier Marie-Noëlle Voiron pour l'aide qu'elle m'a apporté tout au long de l'élaboration de ce travail, pour son investissement, sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie aussi Mme Rachida DEUSY pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche.

Je remercie également toutes les sages-femmes, étudiant(e)s et autres personnes qui se sont investis dans la distribution et le recueil des questionnaires, ainsi que toutes les patientes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Et enfin je remercie grandement mes parents, mon frère et Benoit pour leur présence, leur soutien et leurs encouragements.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction	8
1. L'épisiotomie	8
1.1. Définition et épidémiologie.....	8
1.2. Recommandations actuelles.....	9
2. Episiotomie : violence obstétricale pour certaines femmes	10
3. Préparation à la naissance et à la parentalité.....	11
Deuxième partie : Matériel et méthode	13
1. Type d'étude	13
2. Méthodologie	13
3. La population	13
4. Variables.....	13
5. Méthode d'analyse des données.....	14
Troisième partie : Résultats et discussion.....	15
1. Description de la population	15
2. Préparation à la naissance et à la Parentalité	16
2.1. Taux de participation à la PNP	16
2.2. Episiotomie et PNP.....	16
2.3. PNP, pour une meilleure acceptation de l'épisiotomie ?	17
3. Analyse du vécu des patientes.....	17
3.1. Vécu de l'épisiotomie.....	17
3.2. Le vécu et le niveau des maternités	18
3.3. Vécu et utilisation d'instrument lors de l'accouchement	19
3.4. Vécu et épisiotomie abordée à la PNP	20
3.5. Ressenti en fonction des termes utilisés	20
4. Episiotomie et informations données.....	21
4.1. Information sur les situations pour lesquelles l'épisiotomie peut être faite	21
4.2. Information sur la technique	22
4.3. Information sur la suture de l'épisiotomie.....	23
4.4. Information sur les soins post-épisiotomie	24
4.5. Informations sur les inconvénients après une épisiotomie	24
4.6. Réponses à toutes les questions	25
5. Consciente d'une possible épisiotomie	26
5.1. Réponses obtenues.....	26
5.2. Influence sur le vécu.....	26
6. Le consentement	27
6.1. Le consentement demandé	27
6.2. Consentement et ressenti.....	28
Analyse et discussion	29
1. Points forts et limites de l'étude.....	29
1.1. Les points forts de l'étude	29
1.2. Les limites de l'étude	29
2. Analyse des résultats.....	30
2.1. Etude de la population	30
2.2. Vécu de l'épisiotomie.....	30
2.2.1 Selon la participation ou non à la PNP	30

2.2.2 Selon le type de la maternité.....	31
2.2.3 Accouchements instrumentaux ou non	31
2.2.4 Comparaison des différents vécus	32
2.3. Les informations reçues	33
2.4. Le consentement.....	34
3. Réflexion.....	34
Conclusion	36
Références bibliographiques	37
Annexes	39

Table des illustrations

Figure 1 : Participation à la PNP	16
Figure 2 : épisiotomie abordée lors de la PNP	16
Figure 3 : PNP aide pour accepter l'épisiotomie	17
Figure 4 : Terme utilisé pour décrire l'épisiotomie	20
Figure 5 : Sources d'information pour les situations qui amènent à pratiquer une épisiotomie	21
Figure 6 : Sources d'information sur la réalisation de l'épisiotomie	22
Figure 7 : Sources d'information sur la suture	23
Figure 8 : les différentes sources d'information sur les soins post-épisiotomie	24
Figure 9 : Sources d'information pour les inconvénients post-épisiotomie	25
Figure 10 : Réponses à toutes les questions	25
Figure 11 : Consciente d'une possible épisiotomie	26
Figure 12 : Consentement demandé	27

Table des tableaux

Tableau 1 : Les caractéristiques de la population	15
Tableau 2 : Comparaison du vécu de l'épisiotomie (moyenne) selon PNP ou pas.....	17
Tableau 3 : Vécu de l'épisiotomie en fonction du type de maternité.....	18
Tableau 4 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de l'utilisation ou non d'un instrument.	19
Tableau 5 : Vécu de l'épisiotomie selon si l'épisiotomie a été abordée ou non lors de la PNP.	20
Tableau 6 : Vécu de l'épisiotomie selon si la patiente était consciente ou non.....	26
Tableau 7 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de la demande de consentement ou non.....	28

Première partie : Introduction

A travers mes stages j'ai pu percevoir la crainte et la réticence des femmes face à l'épisiotomie. En effet, souvent la première question qu'elles posent lorsqu'elles ont leur bébé dans les bras est : « est-ce qu'il y a eu une épisiotomie ? ».

J'ai aussi été frappée par le nombre important de projets de naissance où il est souhaité vouloir éviter au maximum cet acte, voire un refus total, souvent dû à un manque important de communication et d'information.

Depuis quelques temps, les femmes dénoncent ce qu'elles appellent «la violence obstétricale», qui peut aller de la parole blessante ou stigmatisante jusqu'au geste déplacé voire violent. Dans ces nombreux témoignages il est souvent évoqué cette épisiotomie qu'on leur a faite mais dont elles n'ont pas vraiment compris les raisons.

1. L'épisiotomie

1.1. Définition et épidémiologie

L'épisiotomie est un acte chirurgical qui consiste à inciser le périnée et plus particulièrement le muscle pubo-rectal lors de l'accouchement. En France, la seule technique utilisée est celle de **l'épisiotomie médio-latérale**. Cette incision part de la commissure postérieure de la vulve, et se dirige à 45° vers la tubérosité ischiatique, elle mesure environ 6 centimètres. Elle doit être réalisée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction(1).

La section est réalisée sur le côté droit du périnée et doit être faite de façon franche. Avec cette technique seront sectionnés l'aponévrose superficielle, le muscle transverse superficiel, le constricteur de la vulve, le bulbo-caverneux, le transverse profond et son aponévrose ainsi que la partie interne du faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus(2).

La réfection doit ensuite être pratiquée rapidement après la délivrance à la suite d'un bilan lésionnel, dans des conditions d'asepsie rigoureuse et une analgésie efficace. 3 plans sont à suturer : le vagin, le muscle et la peau(2). Pour la suture, il est recommandé de réaliser préférentiellement un surjet continu(3).

Par la suite, la plaie nécessite des soins locaux réguliers. Un traitement antalgique est possible, si besoin. Les AINS ont montré une efficacité plus importante sur les douleurs post-épisiotomie que le paracétamol(3).

Ce n'est qu'en 1980 que les premières études remettant en cause l'intérêt de l'épisiotomie pratiquée de façon systématique, sont apparues. Elles concluent à l'absence de preuves concernant un réel bénéfice d'une épisiotomie pratiquée de façon régulière alors même que sa pratique est associée à de nombreuses complications(4). En effet, l'épisiotomie est très souvent considérée comme un acte banal par les professionnels de santé alors que c'est un acte chirurgical pouvant entraîner des complications importantes telles que des hémorragies du post-partum mais aussi des douleurs périnéales plus importantes qu'une accouchée n'ayant pas eu d'épisiotomie ou ayant subi une déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré(3).

En 2005, après une demande importante du Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE), le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a publié de nouvelles recommandations concernant la pratique des épisiotomies. Il préconise une pratique restrictive, fixant pour objectif de passer ce taux au niveau national sous la barre des 30%(3). Cet objectif a été suivi puisque l'enquête de périnatalité de 2016 montrait un taux d'épisiotomie autour de 20 %(5). Cependant ce taux est très inégal, il va de 0,3 % à l'hôpital de Besançon à un taux allant jusqu'à 45 % à la clinique des Émailleurs de Limoges(6). En effet, il existe aussi un décalage important entre les établissements publics et privés : les cliniques bien qu'elles ne soient pas majoritaires en France, représentent pourtant 43 % des 39 maternités ayant un taux d'épisiotomies au-dessus de la moyenne nationale(6).

De plus, il reste encore une grande disparité entre les primipares et les multipares, puisque le taux d'épisiotomies pratiquées est respectivement de 34,9% et de 9,8 % (5).

Des différences importantes sont également retrouvées entre les maternités d'une même région, avec des niveaux différents : c'est par exemple le cas en Limousin avec un taux autour de la moyenne nationale pour le centre hospitalier de Guéret (21,7%), 33 % pour l'Hôpital mère-enfant et le plus haut taux au niveau national pour la clinique des Émailleurs avec 45 % d'épisiotomies(7).

1.2. Recommandations actuelles

Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie de façon systématique, même chez les primipares ou les femmes ayant un antécédent de déchirure périnéale sévère ou en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal. De même lorsqu'il y a des manœuvres obstétricales. Dans ces situations, une épisiotomie peut être judicieuse seulement sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur(8).

On constate d'ailleurs depuis 2005, une nette baisse des épisiotomies pratiquées lors des accouchements instrumentaux (ventouse ou forceps). En effet, le taux de recours à l'épisiotomie pendant un accouchement instrumental est passé de 95 % avant 2005 à 69 % en 2013 (9).

L'épisiotomie est un acte chirurgical et devrait donc faire l'objet d'une demande de consentement, en accord avec la loi de 2002 sur les droits des patients qui précise :

qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* » (L-1111-4 du code de la santé publique).

Néanmoins l'enquête de 2013 réalisée par le CIANE, montre que 85 % des épisiotomies sont réalisées sans la demande de consentement. Ici aussi on note une différence entre les primipares et les multipares, en effet la demande de consentement est faite pour 13 % des primipares contre 23 % pour les multipares. Le taux de femmes se plaignant d'avoir souffert après la réalisation de l'épisiotomie est moins important lorsqu'on leur a demandé leur consentement et qu'elles l'ont acceptée (65%) par rapport à celles dont le consentement n'a pas été demandé (78%) (9).

Cette demande de consentement est pourtant un point important, lorsque l'on sait que 7 femmes sur 10 acceptent l'épisiotomie (9).

Même si depuis ces recommandations, l'épisiotomie est beaucoup moins pratiquée en salle de naissance, elle reste pourtant une réelle angoisse pour les femmes. Certaines la décrivent comme « une mutilation », un acte de violence ayant d'importantes répercussions sur leur vie personnelle.

2. Episiotomie : violence obstétricale pour certaines femmes

Après une médicalisation importante de l'accouchement ces dernières décennies, les femmes semblent vouloir revenir à plus de physiologie. Elles veulent être actrices de leur accouchement et décider de ce que l'on peut faire ou non sur leur corps.

Selon une enquête nationale, 6 % des femmes se déclaraient « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, ce qui représente 50.000 femmes pour l'année 2016 (10).

L'épisiotomie est aujourd'hui très mal perçue par ces femmes, de nombreux témoignages considèrent cet acte comme une violence obstétricale. Elles déplorent souvent l'absence de recherche de consentement mais aussi un réel manque d'informations.

Les violences obstétricales sont aujourd'hui devenues un sujet d'actualité, et sont décriées par de nombreux médias à l'aide de blogs, d'articles de journaux ou encore de livres... Le terme « violence obstétricale » n'est pas aisé à définir et pour cause : certains actes qui paraissent banals pour le personnel soignant peuvent être vécus comme une véritable violence par la femme. On peut les définir par tous ces gestes non consentis, non expliqués

ou encore jugés brutaux par ces femmes sur le point de mettre au monde.

C'est en 2002 à la suite de la loi Kouchner que l'expression « violence obstétricale » va prendre tout son sens en France. Avec la montée des réseaux sociaux, de nombreux témoignages de femmes se disant avoir été victimes de violence obstétricale apparaissent.

Dans le mémoire d'Elodie DELAFOY datant de 2017, certaines patientes ayant subi une épisiotomie ne savent toujours pas ce qu'est une épisiotomie au 2^{ème} jour des suites de couches. Sur les 15 femmes interrogées ayant subi une épisiotomie au cours de leur accouchement, 7 n'ont jamais entendu parler de l'épisiotomie pendant leur grossesse soit parce qu'elles n'ont pas participé aux cours de préparation à la naissance, soit parce que la sage-femme n'a pas abordé le sujet(1).

Une autre enquête a montré qu'une femme sur deux déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie(5).

Il est vrai que, dans l'urgence, expliquer un acte peut parfois s'avérer compliqué. Il est donc important que le corps médical puisse donner ces informations avant l'accouchement.

3. Préparation à la naissance et à la parentalité

Les recommandations du CNGOF en 2005, ont également permis aux femmes d'être mieux informées, mais elles sont encore 12 % à estimer ne pas avoir été suffisamment informées et 29 % à n'avoir reçu aucune information(9).

Pendant la grossesse, les principales sources d'information restent les consultations de suivi de grossesse et les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).

De plus, les recommandations de la HAS sur la PNP demandent d'instaurer une approche plus humaniste de la naissance et de rendre la femme plus active. « *Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement* »(11).

Même si la participation aux cours de PNP a augmenté entre 2010 et 2016, un grand nombre de femmes n'y participent pas. On trouve là aussi une nette différence entre les primipares qui étaient 77,9 % à y participer contre 33,8 % de multipares(5).

Les ¾ des femmes enceintes qui participent à la PNP font entre 4 et 8 séances, mais elles ne sont que 38,9 % à suivre 7 ou 8 séances(5).

La PNP permet de compléter le suivi médical et doit donc être systématiquement proposée

aux parents. Elle se compose de 8 séances remboursées par la sécurité sociale, soit en individuel soit en petit groupe(11). La première séance est l'entretien prénatal précoce, c'est un entretien individuel souvent fait au premier trimestre de la grossesse. Ce dernier est un moment de partage où la future mère va pouvoir exprimer ses craintes et ses attentes. Il peut aussi servir à planifier les 7 autres séances, qui permettront d'aborder le déroulement de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, ainsi que les soins à apporter au nouveau-né. La PNP est aussi utilisée pour travailler des exercices de relaxation et de respiration(12).

De plus, les séances sont souvent faites en groupe ce qui permet aux patientes de partager leurs expériences et ressentis.

Grâce à une approche préventive ainsi qu'éducative, ces cours accompagnent les femmes tout au long de la grossesse et les amènent pas à pas vers la parentalité.

Au cours de ces séances de nombreux thèmes vont être abordés, notamment l'épisiotomie, ses indications, ses complications possibles, etc.(11).

La question de recherche de notre étude a donc été : le vécu de l'épisiotomie est-il différent selon que les femmes aient participé ou non à la préparation à la naissance ?

L'objectif principal était de déterminer s'il y avait une différence de vécu de l'épisiotomie selon que les patientes ont assisté et reçu des informations lors de la PNP ou n'y ont pas participé.

L'objectif secondaire était de décrire les sources d'informations pour les patientes qu'elles aient suivi ou non les cours de PNP et de déterminer si l'information reçue influençait le vécu de l'épisiotomie.

Deuxième partie : Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons effectué une étude comparative, exhaustive, descriptive transversale ainsi que quantitative et multicentrique.

2. Méthodologie

Pour cela nous avons distribué un questionnaire anonyme (Annexe 1) à des primipares qui ont accouché à terme dans 3 maternités : Hôpital Mère-Enfant du CHU de Limoges, la Clinique des Émailleurs et la maternité de Guéret de types différents respectivement 3, 1 et 2A avec des taux d'épisiotomie très différents. Ils ont été distribués de mars 2019 à octobre 2019.

Selon un rapport de périnatalité de 2016, le taux d'épisiotomie chez les primipares est de 56% à l'HME, 67% aux Emailleurs et 40% à Guéret (13).

Sur les 7 mois d'étude, nous avons estimé qu'environ 250 primipares étaient concernés.

3. La population

Ont été inclus les femmes primipares, qui ont accouché à terme et ayant une épisiotomie.

Ont été exclus les femmes ne voulant pas participer à l'étude, celles ne comprenant pas le français, les mineures, celles sous tutelle et celles ayant eu une déchirure périnéale.

Deux groupes ont ensuite été constitués :

- les femmes ayant participé à la PNP
- les femmes n'ayant pas participé à la PNP

4. Variables

La première partie du questionnaire définissait les caractéristiques de la population interrogée : âge, niveau d'études, profession, afin de voir si certains critères les concernant pouvaient avoir une influence sur le vécu.

Leur participation ou non à la PNP a été recherchée, ainsi que les notions de l'épisiotomie fournies lors de leur participation.

Pour le vécu de l'épisiotomie ont été étudiés :

- La moyenne du vécu physique, moral et général.
- Les termes utilisés par les patientes pour décrire leur épisiotomie.

- La conscience ou non d'une possible épisiotomie.
- La demande de consentement ou non.

La réponse à l'objectif principal, axé sur le vécu des femmes, était basée principalement sur l'utilisation de deux échelles visuelles analogiques de 0 à 10 l'une concernant le vécu physique et l'autre le vécu moral.

Pour l'objectif secondaire, le questionnaire était muni d'un tableau dans lequel la patiente pouvait répertorier toutes les informations qu'elle avait pu recevoir sur l'épisiotomie ainsi que les sources d'information et les thèmes les plus abordés.

5. Méthode d'analyse des données

Afin de réaliser l'étude, les différentes réponses aux questionnaires ont été classées à l'aide d'un tableur Excel® et du logiciel Statview®.

Pour étudier le vécu de l'épisiotomie, nous avons analysé le vécu physique puis le vécu moral, qui ont ensuite été additionnés pour obtenir une note globale sur 20. Ces 3 notes ont été étudiées à l'aide de moyenne. Nous avons aussi réalisé un comparatif sur les termes utilisés pour décrire l'épisiotomie (neutre ou négatif) à l'aide de pourcentages. Le mot qu'elles ont donné pour décrire leur épisiotomie a été classé en connotation neutre ou négatif et corrélé aux scores du vécu pour affiner la recherche. Enfin, à l'aide de test non-apparié nous avons comparé le vécu en fonction de la participation ou non à la PNP, si le sujet a été abordé pour celles qui ont participé à la PNP, si le consentement a été demandé ou encore si la patiente était consciente ou non de la possibilité d'avoir une épisiotomie.

Pour répondre au second objectif, des moyennes et des pourcentages ont été réalisés afin d'étudier la source d'information principale pour chaque thème (dans quelle situations une épisiotomie peut être pratiquée, la technique de réalisation, la suture, les soins post-épisiotomie, les inconvénients). Pour chaque thème nous avons déterminé qu'elles ont été les sources d'information.

Nous avons utilisé le test de Student ou comparaison de moyenne avec un risque α égal à 5% et un degré de significativité $p = 0,05$.

Troisième partie : Résultats et discussion

1. Description de la population

Sur les 144 questionnaires récupérés, 139 questionnaires ont pu être exploités.

Tableau 1 : Les caractéristiques de la population

	Nombre : 139	Pourcentage
Moyenne d'âge (Min – Max)	29,63 (18 – 44)	
Niveau d'études		
Sans diplôme	4	2,86
Brevet des collèges	1	0,71
CAP, BEP	25	17,86
Baccalauréat	39	27,86
Études supérieures	70	50,36
Profession		
Agricultrice exploitante	1	0,71
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	8	5,71
Cadre et professions intellectuelles supérieures	14	10,07
Profession intermédiaire	5	3,57
Employée	63	45
Ouvrière	3	2,14
Étudiante	4	2,86
Sans activité professionnelle	16	11,43
Autre	25	17,86
Niveau de la Maternité		
I Clinique des Emailleurs	61	43,88
II Centre Hospitalier de Guéret	9	6,43
III Hôpital Mère-Enfant	69	49,29
Utilisation d'instrument lors de l'accouchement		
Forceps	54	39,71
Ventouse	12	8,76
Aucun	70	51,09
Pas de réponse	3	0,44
Poids du nouveau-né		
Moins de 2,5kg	6	4,29
Entre 2,6 et 3,9kg	125	89,93
Plus de 4kg	8	5,71

L'âge moyen de la population était de 29,63 ans avec pour minimum 18 ans et maximum 44 ans. La majorité des patientes interrogées avaient un niveau d'études supérieures (50,36%).

Sur les 139 réponses, 61 femmes ont accouché à la clinique des Emailleurs, 9 au Centre Hospitalier de Guéret et 69 à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges.

Lors de l'accouchement, l'utilisation de forceps a été nécessaire pour 54 accouchements, la ventouse pour 12 accouchements et pour 70 aucun instrument n'a été nécessaire.

2. Préparation à la naissance et à la Parentalité

2.1. Taux de participation à la PNP

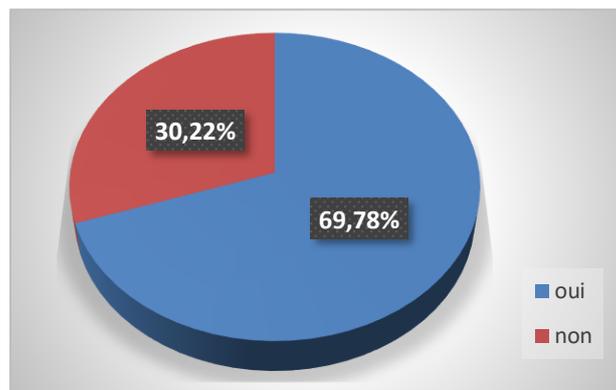


Figure 1 : Participation à la PNP

Parmi les 139 questionnaires, 97 femmes ont participé à la PNP soit 69,78% et 42 femmes non (30,22%).

2.2. Épisiotomie et PNP

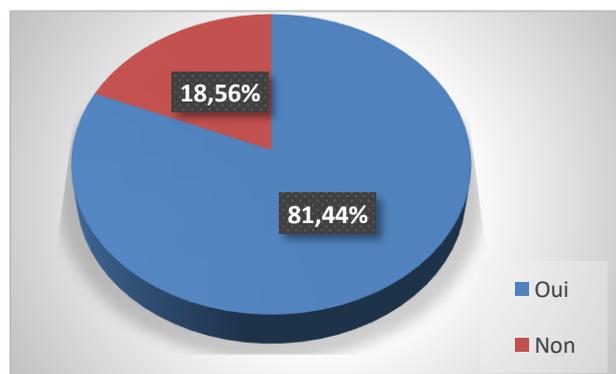


Figure 2 : épisiotomie abordée lors de la PNP

Parmi les 97 femmes qui ont participé à la PNP, le sujet de l'épisiotomie a été abordé pour 79 femmes soit 81,44%. Pour 18 femmes (18,56%) l'épisiotomie n'a pas été vu lors des cours de PNP.

2.3. PNP, pour une meilleure acceptation de l'épisiotomie ?

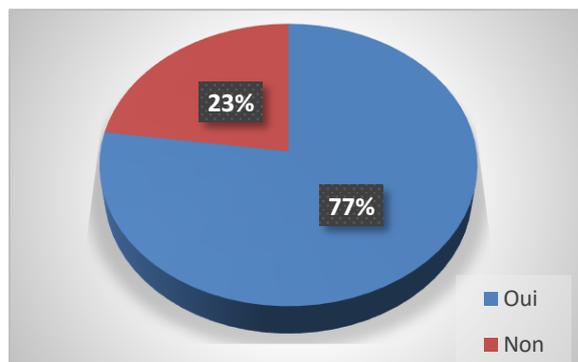


Figure 3 : PNP aide pour accepter l'épisiotomie

Sur les 97 femmes qui ont participé à la PNP, seulement 79 femmes ont répondu à cette question, dont 61 était en faveur d'un meilleur vécu grâce à leur participation à la PNP contre 18 réponses négatives.

Pour les 18 réponses négatives, seulement 7 femmes n'ont pas eu d'information sur l'épisiotomie lors des cours de PNP.

3. Analyse du vécu des patientes

3.1. Vécu de l'épisiotomie

Tableau 2 : Comparaison du vécu de l'épisiotomie (moyenne) selon PNP ou pas.

	Ensemble de la population (139 femmes)	Participation à la PNP (97 femmes)	Non-participation à la PNP (42 femmes)	p
Vécu physique (sur 10)	5,63	5,85	5,12	0,0917
Vécu moral (sur 10)	6,42	6,49	6,26	0,6264
Vécu global (sur 20)	12,02	12,32	11,34	0,21

Pour les 139 femmes interrogées, la moyenne pour le vécu physique était de 5,63 sur 10. Dans le détail, celles ayant participé à la PNP avaient 5,85 sur 10 contre 5,12 pour celles n'y ayant pas participé. Il n'y avait pas de différence significative dans le vécu physique qu'elles aient participé ou non à la PNP ($p= 0,0917$).

Pour les 139 patientes interrogées, nous avons obtenu une moyenne pour le vécu moral de 6,42 sur 10. Les 97 femmes qui ont participé à la PNP avaient une moyenne de vécu moral à 6,49 sur 10 contre une moyenne de 6,26 sur 10 pour les femmes qui n'avaient pas participé à la PNP. Il n'y avait pas de différence significative dans le vécu physique qu'elles aient participé ou non à la PNP ($p= 0,6264$).

En additionnant, le vécu moral et le vécu physique nous avons obtenu une moyenne générale de 12,05 sur 20 pour les 139 femmes interrogées. Elle était de 12,34 sur 20 pour le groupe de femmes qui ont assisté aux cours de PNP contre 11,38 sur 20 pour celles qui n'y ont pas participé, sans différence significative. ($p= 0,21$).

3.2. Le vécu et le niveau des maternités

En raison du faible effectif de femmes ayant eu une épisiotomie à Guéret, la comparaison statistique n'a été faite qu'entre l'HME et la Clinique de Emaillieurs.

Tableau 3 : Vécu de l'épisiotomie en fonction du type de maternité

	HME (69 femmes)	Emaillieurs (61 femmes)	p
Vécu physique (sur 10)	5,61	5,74	0,7537
Vécu moral (sur 10)	6,39	6,52	0,7539
Vécu global (sur 20)	11,96	12,25	0,6955

Les 61 patientes à la clinique des Emaillieurs ont obtenu une moyenne de 5,74 sur 10 pour le vécu physique contre 5,61 pour celles ayant accouché à l'HME.

Pour le vécu moral, une moyenne de 6,52 sur 10 a été obtenue à la Clinique des Emaillieurs et de 6,39 sur 10 pour l'HME.

A partir des notes obtenues sur le vécu physique et le vécu moral, les patientes à la clinique des Emaillieurs avaient une moyenne 12,25 sur 20 pour le vécu général, les femmes interrogées à l'HME avaient une moyenne de 11,96 sur 20.

La maternité de la clinique des Emailliers a obtenu une note très légèrement supérieure que ce soit pour le vécu physique ou le vécu moral, malgré des résultats non significatifs.

Il n'y avait donc pas de différence significative de vécu de l'épisiotomie selon la maternité.

Les 9 patientes interrogées à Guéret avaient une moyenne globale de 11 sur 20, avec un vécu physique de 5 sur 10 et un vécu moral de 6 sur 10.

3.3. Vécu et utilisation d'instrument lors de l'accouchement

Parmi les 139 patientes interrogées, 66 femmes ont eu une extraction instrumentale (54 forceps et 12 ventouses), 70 accouchements ont été physiologiques et 3 femmes n'ont pas répondu.

Tableau 4 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de l'utilisation ou non d'un instrument.

	Forceps et ventouse (66 femmes)	Aucun instrument (70 femmes)	p
Vécu physique (sur 10).	4,86	6,38	0,0001
Vécu moral (sur 10).	6	6,82	0,0595
Vécu global (sur 20).	10,78	13,23	0,0006

Le vécu global pour les femmes ayant eu un accouchement instrumental était de 10,78 contre 13,23 sur 20 pour celles ayant eu un accouchement physiologique.

Pour les femmes avec un accouchement nécessitant l'utilisation de forceps ou de ventouse, le vécu physique était de 4,86 sur 10 et le vécu moral de 6 sur 10. Pour les femmes n'ayant eu besoin d'aucun instrument, la moyenne du vécu physique était de 6,38 sur 10 et le vécu moral de 6,82 sur 10.

Que ce soit le vécu moral ou le vécu physique et donc par conséquent le vécu global, les patientes n'ayant pas nécessité l'utilisation d'instrument avaient statistiquement un meilleur vécu que celles ayant eu l'utilisation d'un instrument lors de leurs accouchements et ce de manière significative pour le vécu physique ($p = 0,0001$) et pour le vécu global ($p = 0,0006$).

3.4. Vécu et épisiotomie abordée à la PNP

Tableau 5 : Vécu de l'épisiotomie selon si l'épisiotomie a été abordée ou non lors de la PNP.

Parmi les femmes ayant participé à la PNP (97)	Ont reçu une info sur l'épisiotomie	N'ont pas eu d'info sur l'épisiotomie	p
Vécu physique (sur 10).	6,06	4,92	0,0511
Vécu moral (sur 10).	6,73	5,44	0,0394
Vécu global (sur 20).	12,76	10,39	0,0223

97 femmes ont participé à la PNP. Parmi ces femmes, 18 ont déclaré ne pas avoir eu d'information sur l'épisiotomie lors des séances. Pour 79 patientes ayant eu l'information, la moyenne du vécu physique était de 6,06 sur 10 contre 4,92 pour celles n'ayant pas eu l'information ($p=0,0511$).

Pour le vécu moral, chez les patientes ayant eu l'information sur l'épisiotomie au cours de PNP, la moyenne était de 6,73 sur 10. Au contraire pour celles n'ayant pas eu l'information, la moyenne était de 5,44 sur 10. Pour le vécu moral, les patientes ayant eu l'information sur l'épisiotomie en PNP avaient statistiquement un meilleur vécu que celles n'ayant pas eu l'information ($p=0,0394$).

Pour le vécu global, les patientes qui avaient eu l'information avaient une moyenne de 12,76 sur 20 contre 10,39 sur 20 pour les autres patientes. ($p=0,0223$)

3.5. Ressenti en fonction des termes utilisés

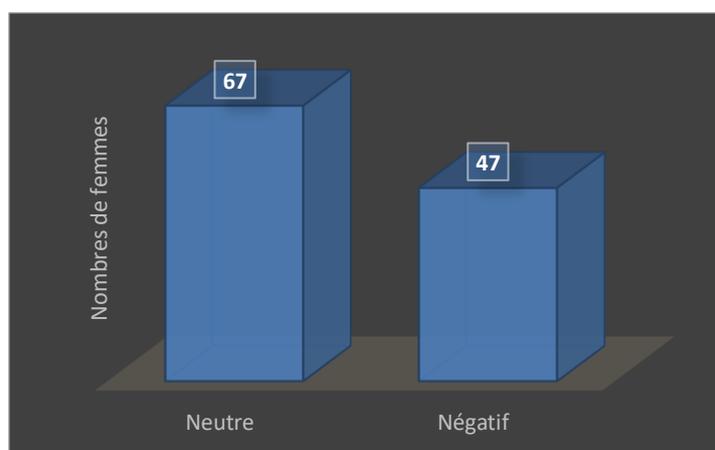


Figure 4 : Terme utilisé pour décrire l'épisiotomie

Seulement 114 patientes ont répondu à cette question. 67 patientes ont utilisé des termes plutôt neutres pour décrire l'épisiotomie soit 58,77%, 47 patientes ont utilisé des termes avec une connotation négative (41,23%).

Ont été classés comme neutres les termes : « délivrance, coup de pouce, aide, incision pour aider le bébé... », et comme termes négatifs : « déformée, douleur, complication, difficultés supplémentaires, peur, souffrance, sacrifice, traumatisme, charcuterie ».

Les femmes ayant utilisé des termes plutôt neutres pour décrire l'épisiotomie avaient statistiquement un meilleur vécu que celles utilisant des termes négatifs avec une moyenne de 13,58 sur 20 contre 9,53 ($p = 0,0001$).

4. Episiotomie et informations données

Sur les 139 femmes interrogées, 2 n'ont pas répondu à cette question.

4.1. Information sur les situations pour lesquelles l'épisiotomie peut être faite

Parmi les 137 réponses, seulement 8 patientes n'ont eu aucune information à ce sujet-là.

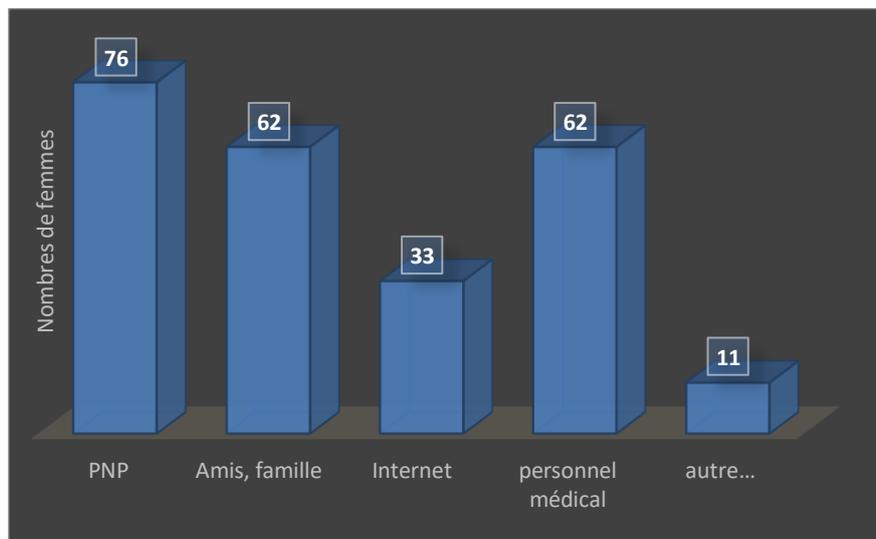


Figure 5 : Sources d'information pour les situations qui amènent à pratiquer une épisiotomie

Parmi les 97 femmes qui ont participé à la PNP, 76 ont eu une information sur les situations qui amènent à pratiquer une épisiotomie. 19 patientes n'avaient donc pas reçu cette information aux cours de PNP.

Les patientes ayant eu l'information avaient statistiquement un meilleur vécu que celles qui ne l'ont pas eu, avec une moyenne de 12,31 sur 20 contre 8,38. ($p = 0,01$)

Nous avons donc ensuite cherché à savoir qu'elles étaient leur source d'information principale :

- 56 femmes sur les 97 qui y ont participé, ont cité la PNP,
- 26 femmes ont cité les amis et la famille,
- 10 internet,
- 22 le personnel médical,
- 4 ont eu une autre source d'information principale (leurs études dans le milieu médical, recherche personnelle et émission de télé « les maternelles »).

4.2. Information sur la technique

Sur les 137 réponses, 108 ont reçu l'information sur la manière dont l'épisiotomie est réalisée, 29 femmes n'ont donc pas reçu l'information.

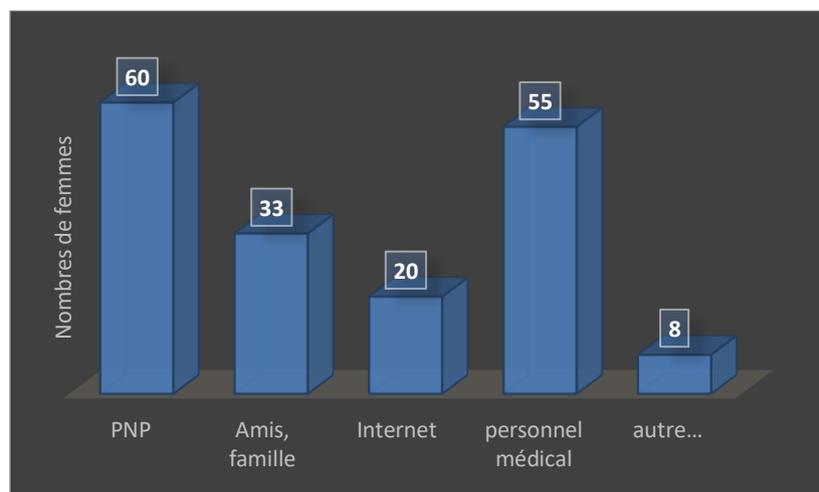


Figure 6 : Sources d'information sur la réalisation de l'épisiotomie

Parmi les 97 patientes ayant participé à la PNP, 60 ont eu l'information sur la réalisation de l'épisiotomie.

Sur les 108 patientes qui ont reçu l'information, 11 n'ont pas coché de source d'information principale.

Pour la source d'information principale :

- 43 patientes ont cité la PNP,
- 16 les amis et la famille,

- internet pour 4 femmes,
- le personnel médical pour 30 femmes,
- 4 une autre source.

4.3. Information sur la suture de l'épisiotomie

136 femmes ont répondu à cette question. Parmi elles, 99 ont eu cette information, 36 ne l'ont pas eu et 1 ne savait plus.

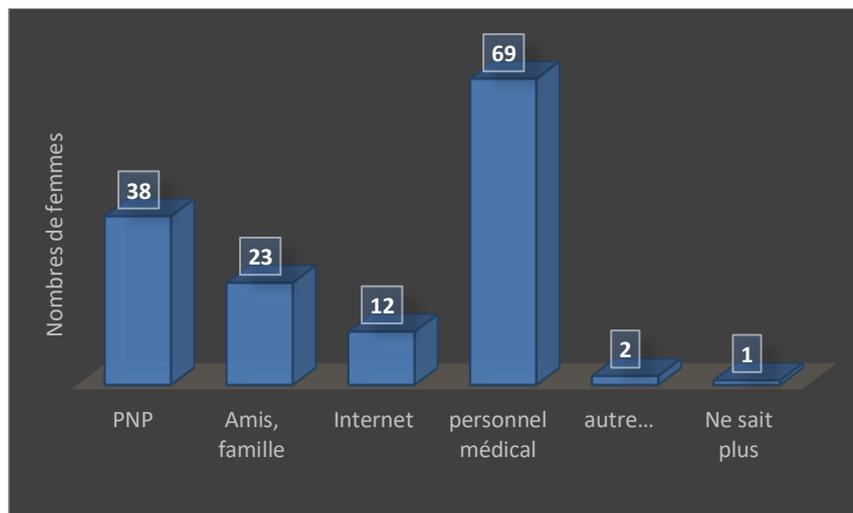


Figure 7 : Sources d'information sur la suture

Sur les 97 femmes qui ont participé aux cours de PNP, seulement 38 ont reçu cette information lors de cours.

Pour la source d'information principale :

- 21 femmes ont eu pour source d'information principale la PNP,
- 12 ont répondu les amis et la famille,
- 5 internet,
- 54 le personnel médical,
- 2 une autre source....

L'information sur la suture de l'épisiotomie était donc principalement donnée par le personnel médical.

4.4. Information sur les soins post-épisiotomie

137 femmes ont répondu à cette question. Parmi ces patientes, 112 ont eu l'information, 21 ne l'ont pas eu et 2 ne savaient plus si elles avaient eu l'information.

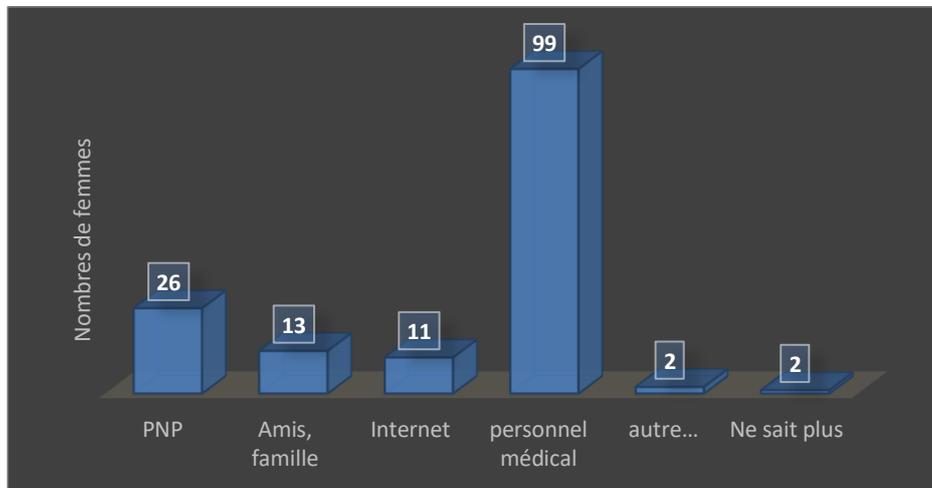


Figure 8 : les différentes sources d'information sur les soins post-épisiotomie

26 patientes ont eu l'information lors des cours de PNP.

Les informations sur les soins à réaliser après une épisiotomie étaient principalement données par le personnel médical, elles étaient 87 à la citer comme source d'information principale.

Il y a aussi :

- 13 femmes qui ont cité les cours de PNP comme source d'information principale,
- 5 les amis et la famille,
- 2 internet,
- 1 une autre source...

4.5. Informations sur les inconvénients après une épisiotomie

136 femmes ont répondu à cette question. Parmi elles, 85 patientes ont déclaré avoir eu cette information, 47 n'avaient pas eu d'information à ce sujet-là et 4 ne savaient pas.

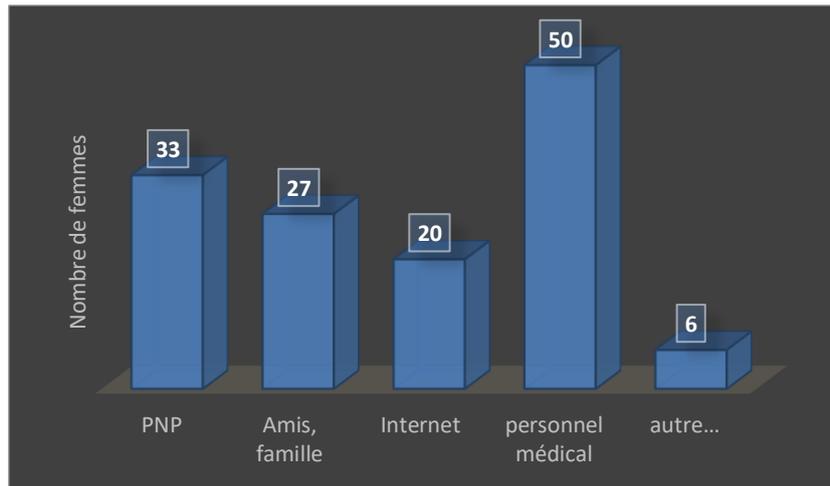


Figure 9 : Sources d'information pour les inconvénients post-épisiotomie

33 femmes sur 97 ayant assisté aux cours de PNP avaient reçu l'information.

Là aussi le personnel médical était la principale source d'information avec 40,26% de réponses soit 31 femmes.

Pour la source d'information principale au sujet des inconvénients post-épisiotomie :

- 14 femmes ont cité la PNP,
- 18 les amis et la famille,
- 10 internet,
- 3 d'autres sources que celles citées.

4.6. Réponses à toutes les questions

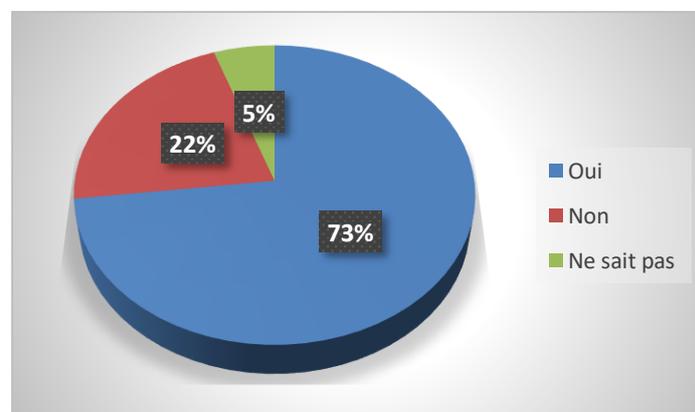


Figure 10 : Réponses à toutes les questions

73% des femmes interrogées estimaient avoir eu des réponses à toutes leurs questions au sujet de l'épisiotomie, 5% ne savaient plus et enfin 22% déclaraient ne pas avoir eu de réponse à toutes leurs interrogations.

5. Consciente d'une possible épisiotomie

5.1. Réponses obtenues

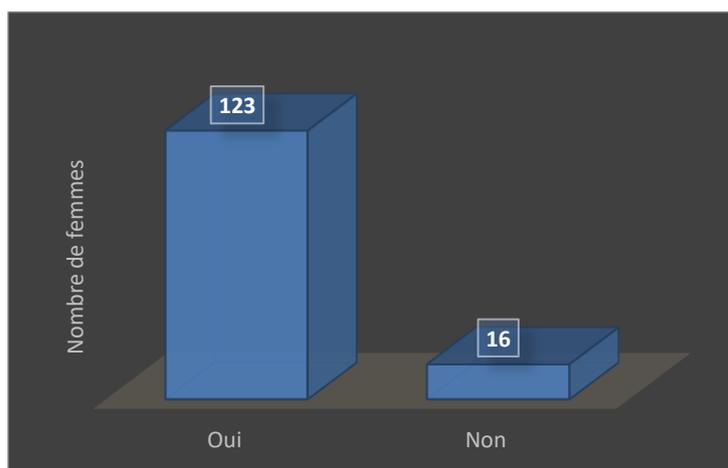


Figure 11 : Consciente d'une possible épisiotomie

A cette question, 123 femmes ont répondu « oui » soit 88,49% et 16 n'en étaient pas conscientes (11,51%). 16 patientes n'ont pas répondu à cette question.

5.2. Influence sur le vécu

Tableau 6 : Vécu de l'épisiotomie selon si la patiente était consciente ou non.

	Patiente consciente (123 femmes)	Patiente non consciente (16 femmes)	P
Vécu physique (sur 10)	5,64	5,53	0,8590
Vécu moral (sur 10)	6,62	4,88	0,0089
Vécu global (sur 20)	12,22	10,47	0,1180

Pour le vécu physique, la moyenne obtenue lorsque la patiente était consciente avant l'accouchement de la possibilité d'avoir une épisiotomie était de 5,64 sur 10 contre 5,53 pour celles qui ne l'étaient pas.

Pour le vécu moral, les 123 femmes étant conscientes d'une possible épisiotomie avaient une moyenne de 6,62 sur 10. Pour celles qui au contraire n'en étaient pas conscientes, une moyenne de 4,88 sur 10 a été obtenue.

Enfin, le vécu global de l'épisiotomie était de 12,22 sur 20 pour les patientes qui avaient conscience de cette possibilité contre 10,47 sur 20 pour les autres.

Quel que soit le type de vécu, les femmes ayant conscience avant l'accouchement de la possibilité d'avoir une épisiotomie, avaient toutes un meilleur score par rapport à celles qui n'en avaient pas conscience. Mais, seul le vécu moral a montré une différence significative. ($p= 0,0089$)

6. Le consentement

6.1. Le consentement demandé

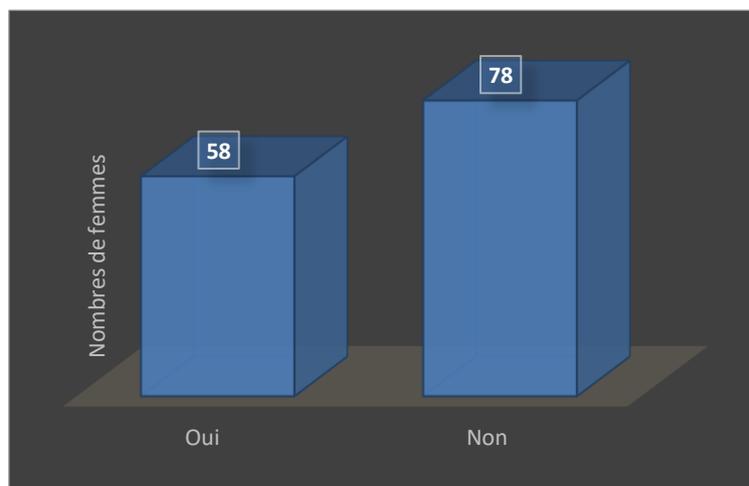


Figure 12 : Consentement demandé

Parmi les 139 questionnaires distribués, 2 femmes n'avaient pas répondu à cette question et une femme ne savait plus. Sur les 136 réponses, 58 femmes ont eu une demande de consentement (42,85%) contre 78 femmes (57,35%).

6.2. Consentement et ressenti

Tableau 7 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de la demande de consentement ou non

	Avec consentement (58 patientes)	Sans consentement (78 patientes)	p
Vécu physique (sur 10)	6,23	5,15	0,0069
Vécu moral (sur 10)	7,06	5,97	0,0133
Vécu global (sur 10)	13,24	11,09	0,0032

Pour les 58 femmes ayant eu une demande de consentement, la moyenne pour le ressenti physique était de 6,23 sur 10 contre 5,15 pour celles qui ne l'ont pas eu. ($p=0,0069$)

Quel que soit le type de vécu, les femmes ayant eu une demande de consentement avaient statistiquement un meilleur vécu que celles qui n'avaient pas eu cette demande. ($p = 0,0069$, $0,0133$ et $0,0032$)

Analyse et discussion

1. Points forts et limites de l'étude

1.1. Les points forts de l'étude

Le taux de réponses a été satisfaisant puisque sur les 144 questionnaires récupérés, 139 ont pu être exploités, ce qui donne un taux de réponses à 96,5%. On peut donc en conclure que le questionnaire était adapté à la compréhension des femmes.

Cette étude était la première à étudier le vécu de l'épisiotomie en Limousin.

1.2. Les limites de l'étude

L'étude a été réalisée sur un petit échantillon, entraînant un manque de puissance, les résultats ne pouvaient donc pas être reportés à l'ensemble de la population. Certains résultats ont montré une tendance sans obtenir de résultats statistiques significatifs.

Seulement 9 questionnaires ont été recueillis au Centre Hospitalier de Guéret, un nombre insuffisant pour avoir un résultat significatif lors de l'étude du vécu en fonction des niveaux de maternité.

Le tableau nous permettant d'étudier les informations, où il était demandé d'indiquer par le chiffre 1 la source d'information principale a parfois été mal rempli, la cotation faite par certaines patientes semblait montrer une incompréhension de la consigne pour cette question-là, rendant difficile l'analyse.

Sur les 250 questionnaires estimés, seulement 144 questionnaires ont pu être récupérés dont 4 questionnaires ont dû être retirés de l'étude car les patientes étaient multipares. Le nombre insuffisant de questionnaires peut être expliqué par le fait que l'estimation a été réalisée avec les chiffres sur l'épisiotomie de 2016, qui étaient déjà nettement inférieurs à ceux de 2010(5). On peut donc imaginer que cette diminution s'est poursuivie en 2019, l'épisiotomie étant de moins en moins pratiquée. De plus, il y a eu des difficultés à distribuer les questionnaires notamment à la maternité de Guéret éloigné de Limoges. Enfin de nombreux questionnaires distribués aux patientes n'ont par la suite pas été rendus.

2. Analyse des résultats

2.1. Etude de la population

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 29,63 ans, proche de l'âge maternel moyen pour la naissance d'un premier enfant en France. Ce résultat concorde avec les résultats obtenus lors de l'enquête de périnatalité de 2016, où l'âge moyen pour le premier enfant était de 30,4 ans(5).

De plus, 50,36% des femmes interrogées avaient un niveau d'études supérieures, ce qui concorde avec l'enquête de périnatalité de 2016 qui déclarent que « 55% des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieures » (5).

Ce résultat est aussi concordant avec l'âge maternel pour le premier enfant puisque selon l'INSEE, plus le niveau d'études de la femme est élevé, plus le premier enfant arrive tard.

2.2. Vécu de l'épisiotomie

2.2.1 Selon la participation ou non à la PNP

97 femmes ont participé à la PNP soit 69,78% de notre population ce qui est moins important que les résultats donnés par l'enquête de périnatalité réalisée en 2016 qui estimait qu'il y avait 77,9% de participation au cours de PNP pour les primipares (5).

Malgré des résultats différents, le taux de participation pour les primipares restait important dans notre étude.

Les moyennes obtenues ont montré une tendance. En effet, le vécu est meilleur lorsque la femme a participé aux cours de PNP avec une moyenne de 12,32 contre 11,34 sur 20 pour celles qui n'y ont pas participé mais sans résultat statistiquement significatif. ($p = 0,21$)

Il n'a donc pas été retrouvé de différence significative sur le vécu de l'épisiotomie que les femmes aient participé ou non à la PNP.

Mais, lorsque étaient comparées les femmes ayant eu des informations sur l'épisiotomie et celles n'en ayant pas eu lors des cours de PNP, il a été retrouvé une différence significative sur le vécu global avec une note respectivement de 12,76 sur 20 contre 10,39 avec un p à 0,0223. De plus, sur les 69 patientes ayant eu l'information lors de cours de PNP, elles étaient 57 à répondre que la PNP les a aidées à accepter l'épisiotomie. ($p = 0,0092$)

Lorsque les femmes ont des informations sur l'épisiotomie, le vécu moral est meilleur. ($p = 0,0394$) Ceci concorde avec les résultats obtenus lorsque les patientes étaient conscientes avant leur accouchement de la possibilité d'avoir une épisiotomie, puisque le vécu moral était

là aussi meilleur avec une moyenne 6,62 sur 10 contre 4,88. ($p = 0,0089$) Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les patientes ayant abordé l'épisiotomie avant l'accouchement se préparent à l'éventualité et ne sont donc pas surprises lorsque l'acte est pratiqué.

Pour les femmes n'ayant pas eu d'informations sur l'épisiotomie, on peut s'interroger sur le fait qu'elles aient suivi ou non l'ensemble des cours de PNP. En effet, au niveau national, elles ne sont que 38,9% à suivre les 7 ou 8 séances(5).

Par ailleurs, le vécu moral est meilleur que le vécu physique, que les patientes aient participé ou non à la PNP.

Le ressenti est défini comme une « impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose, une situation... »(14). Le vécu physique va principalement être impacté par la douleur post-épisiotomie qui peut parfois être importante et devenir handicapante dans les premiers jours du post-partum comme le montre le mémoire de GAUBERT Soline, où elle estimait que 54% des femmes rencontraient des difficultés en lien avec leur épisiotomie, notamment pour marcher, s'asseoir, s'accroupir, porter des charges ou encore aller aux toilettes(15).

2.2.2 Selon le type de la maternité

Il n'a pas été retrouvé de différence significative selon le type de maternité bien que les scores soient légèrement supérieurs pour les femmes ayant accouché à la clinique des Emailleurs. Malgré qu'elle ait le taux national le plus élevé d'épisiotomie en 2016 (7), cela ne semble pas avoir eu d'effet négatif sur le vécu des patientes accouchant dans cette maternité.

Il aurait fallu avoir une population plus importante pour voir si cette tendance se confirmait ou non.

2.2.3 Accouchements instrumentaux ou non

Parmi les 139 questionnaires, il y a 47,5% d'accouchements instrumentaux dont 81,8% de forceps et 18,2% de ventouse.

Ces résultats ne sont pas représentatifs de ceux obtenus lors de l'enquête de périnatalité réalisée en 2016. En effet, il y avait seulement 12,2% de voie basse instrumentale. De plus, l'utilisation des ventouses était majoritaire avec 49,8%, suivi par les forceps avec 27,6% et enfin 22,6% les spatules (5).

Cette différence peut être expliquée par le fait que les statistiques de l'enquête de périnatalité étaient basées sur l'ensemble des accouchements alors que nous n'avons étudié que les primipares ayant eu une épisiotomie. De plus, l'épisiotomie peut être considérée comme un biais car plus souvent pratiquée lors d'accouchement instrumental malgré les recommandations qui vont contre cette pratique systématique.

Ensuite, le vécu était meilleur lorsque l'accouchement était physiologique, amenant à une interrogation sur un possible biais, l'utilisation d'instruments pouvant avoir un impact réel sur le vécu de l'épisiotomie. En effet, lorsque l'accouchement nécessite l'utilisation d'instruments, l'accouchement peut paraître plus traumatique pour la femme. L'utilisation d'instrument veut aussi dire qu'un élément est venu perturber l'accouchement tel que des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou une stagnation de la descente dans la filière génitale qui peut aussi avoir un impact sur le vécu moral de la femme.

Comme le montre une enquête du CIANE, elles sont 85% à avoir souffert de leur épisiotomie après un accouchement instrumental contre 71% pour celles ayant eu un accouchement physiologique. Les patientes ayant eu un accouchement instrumental sont aussi plus nombreuses à estimer toujours souffrir 3 mois après l'épisiotomie (9).

2.2.4 Comparaison des différents vécus

Cependant, la cotation du vécu moral était plus élevée que celle du vécu physique quelles que soient les comparaisons effectuées sauf dans le cas des femmes n'ayant pas conscience de la possibilité d'avoir une épisiotomie.

Ceci peut être dû au fait que la majorité des femmes étaient préparées à l'idée d'avoir une épisiotomie mais n'avaient pas conscience du ressenti physique qui était sûrement plus douloureux que ce qu'elles avaient envisagé pendant la grossesse.

En revanche, celles qui n'avaient pas conscience de la possibilité d'avoir une épisiotomie, étaient les seules à avoir un vécu moral inférieur à la moyenne. La non-préparation psychologique favoriserait donc un mauvais vécu moral.

De nombreux écrits relatent de l'importance de la préparation psychologique avant une opération par exemple en expliquant les différentes étapes, les surveillances et les soins en post-opératoires, en répondant aux questions et en rassurant pour un meilleur vécu en post-op (16), (17), (18). Ceci semble donc largement s'appliquer pour la pratique de l'épisiotomie.

2.3. Les informations reçues

Les résultats montraient que l'épisiotomie était très souvent abordée lors des cours de PNP, puisqu'elles étaient 79 femmes à avoir eu une information à ce sujet sur les 97 femmes ayant participé à la PNP, soit 81,44%.

Selon l'enquête du CIANE, entre 2010 et 2013, 29% des femmes déclaraient n'avoir eu aucune information au sujet de l'épisiotomie (9). Les résultats obtenus sont inférieurs puisqu'elles sont 18% à n'avoir eu aucune information sur l'épisiotomie. Mais ces résultats sont cependant à nuancer puisque la question ici ne concernait que les patientes ayant participé à la PNP.

Cette même enquête indiquait qu'elles étaient 3 fois plus nombreuses à penser que les informations avaient été insuffisantes, lorsqu'elles avaient eu une épisiotomie(9). Ceci montrait ainsi que malgré les informations données, les femmes étaient souvent plus insatisfaites lorsqu'elles étaient directement concernées.

La PNP semblait aider à accepter l'épisiotomie mais ce résultat a pu être faussé par le nombre important de femmes soit 17,53%, qui n'ont pas répondu à la question. De plus, cette question n'a été posé qu'aux patientes ayant participé à la PNP.

La PNP était une source d'information importante puisque 56 femmes l'ont citée comme source d'information principale pour « les situations qui amènent à pratiquer une épisiotomie ». De même pour « la technique de réalisation », en effet la PNP était ici citée par 43 femmes comme source d'information principale.

Le personnel médical rencontré lors des consultations prénatales, lors de l'accouchement ou lors du séjour en suites de couches était aussi une source d'information importante. Elle était d'ailleurs majoritairement citée comme source d'information principale pour la réalisation de la suture après une épisiotomie, les soins post épisiotomie et les inconvénients.

Les patientes n'ayant eu aucune information au sujet de l'épisiotomie étaient peu représentées, ce qui montre que les patientes même si elles n'avaient pas participé à la PNP ou n'avaient pas eu d'information à ce sujet durant les cours étaient allées chercher des réponses ailleurs notamment auprès du personnel médical. Mais pas seulement, les amis et la famille étaient aussi des sources d'informations principales importantes ainsi qu'internet. Par conséquent, on peut se demander si la source d'information ne peut pas avoir un impact sur le vécu de l'épisiotomie. En effet, pour les sources d'information telles qu'internet où circulent parfois des informations erronées et des témoignages plutôt négatifs, le vécu peut être moins bon. De même pour les informations obtenues par la famille et les amis qui vont être influencées par le propre ressenti de ces derniers.

2.4. Le consentement

Le consentement n'a pas été demandé pour 57,35% des femmes interrogées. Ce résultat était inférieur aux études nationales comme celle réalisée par le CIANE, puisque pour 85% des femmes interrogées le consentement n'avait pas été demandé avant de pratiquer l'épisiotomie(9).

Pourtant la HAS indique que « les femmes doivent recevoir une information sur toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement libre et éclairé »(19).

Ceci est d'autant plus important que la demande de consentement avant de réaliser l'épisiotomie semble avoir un impact sur le vécu. En effet, les 58 femmes ayant eu une demande de consentement, avaient statistiquement un meilleur vécu (physique, moral et global) que celles n'en n'ayant pas eu.

Ces résultats sont à modérer puisque basés uniquement sur les dires de la patiente, la demande de consentement a pu être incomprise ou omise.

3. Réflexion

Bien que les résultats ne soient pas toujours significatifs, on peut voir que les cours de PNP améliorent le vécu, encore plus lorsque le sujet de l'épisiotomie y est abordé. Il faut donc continuer à inciter les femmes et notamment les primipares à suivre ces cours. Il est aussi très important d'aborder l'épisiotomie malgré qu'elle soit de moins en moins pratiquée. Si les femmes ne désirent pas suivre ces cours, l'entretien prénatal précoce et les différentes consultations peuvent aussi permettre d'aborder le sujet de l'épisiotomie. Le temps d'une consultation étant limité, il est évident que tous les détails ne peuvent pas être abordés. Mais, le fait de l'aborder même succinctement, peut améliorer le vécu des femmes.

Le moment du travail peut aussi être un moment privilégié pour pouvoir aborder ce sujet et permettre de demander le consentement de la patiente si cet acte venait à être nécessaire lors de l'accouchement. Cette demande de consentement a une réelle importance sur le vécu comme le montre les résultats de l'étude.

Quel que soit le moment choisi pour cette information, elle doit être faite comme le préconise la HAS.

Afin d'aller plus loin dans la recherche, nous aurions pu nous intéresser à la réalisation ou non d'un projet de naissance ou si une demande particulière avait été faite auprès de la sage-femme, lors du travail. Si les réponses apportées par le professionnel de santé, avaient eu un impact : changement d'avis ou modification du vécu par la patiente.

Il aurait aussi été intéressant d'étudier le taux d'épisiotomie pratiquer lors des accouchements instrumentaux.

Conclusion

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'épisiotomie étant souvent décrié par les patientes, elle ne semble pas entraîner un vécu catastrophique aux vu des résultats de cette étude, les moyennes tournant souvent autour de 5 – 6 sur 10.

Avec un taux important de participation aux cours de PNP, le vécu de l'épisiotomie semble être légèrement meilleur lorsque les patientes y ont participé bien que les résultats ne soient pas significatifs. Lors de ces cours, le sujet de l'épisiotomie est très souvent abordé aidant les patientes à mieux accepter cet acte, le vécu est statistiquement meilleur lorsque l'épisiotomie a été abordé avant l'accouchement.

Avec cette étude, aucune différence significative de vécu de l'épisiotomie n'a pu être mise en évidence, qu'elles aient accouché à la clinique des Emailleurs ou à l'HME.

Cependant que l'accouchement ait eu lieu à Limoges ou à Guéret, le vécu de l'épisiotomie était moins bon lorsque l'utilisation d'instrument a été nécessaire.

Les femmes interrogées étaient pour la majorité conscientes avant l'accouchement de la possibilité d'une épisiotomie, fondamentale pour un meilleur vécu. Cela peut être expliqué en grande partie par les informations qu'elles ont reçues lors de leur grossesse. Ces dernières sont variées et n'ont pas toujours les mêmes sources. Si les situations qui amènent à pratiquer une épisiotomie et la manière dont elle est réalisée sont majoritairement relayées par la PNP, toutes les informations qui concernent le post-épisiotomie telles que la suture, les soins et les inconvénients, sont plus souvent données par le personnel médical lors de l'accouchement, du post partum immédiat ou encore lors du séjour en suites de couches.

Enfin nous pouvons voir que toutes les informations concernant l'épisiotomie sont principalement données par le corps médical. Elles sont aussi nombreuses à se renseigner avec d'autres sources tels que la famille, les amis, internet...

Malgré un taux correct de satisfaction, elles sont encore 22% à déclarer ne pas avoir eu de réponses à toutes leurs questions.

Enfin le consentement malgré des résultats meilleurs que l'enquête nationale reste un problème de taille, puisqu'elles sont 57,35% à déclarer ne pas avoir eu de demande. D'autant plus que l'étude que nous avons réalisée montre que l'absence de demande de consentement à un réel impact sur le vécu de l'épisiotomie.



Références bibliographiques

1. Delafoy Élodie. "Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l'épisiotomie" [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Paris : Ecole de sages-femmes de Baudelocque. Université de Paris DESCARTE 2017. (Cité en juin 2018).
2. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. "Episiotomie" [Internet]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/maieutique/UE-obstetrique/episiotomie/site/html/> (Cité en mai 2018).
3. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. "L'épisiotomie". Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674> (Cité en septembre 2019).
4. Pierre Anaïs. "L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette compétence, étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France". [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2011. (Cité en août 2018).
5. INSEERM et la DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 "Les naissances et les établissements, situations et évolutions depuis 2010". (Cité en octobre 2018).
6. *Le Quotidien du médecin*. "Les disparités dans les taux d'épisiotomie et de césarienne cartographiées par « Le Monde »" [Internet]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/les-disparites-dans-les-taux-depisiotomie-et-de-cesarienne-cartographiees-par-le-monde> (Cité en septembre 2018).
7. "Record de France du taux d'épisiotomies à la clinique des Emailleurs de Limoges". [Internet]. France 3 Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/limoges/record-france-du-taux-episiotomies-clinique-emailleurs-limoges-1413747.html> (Cité en novembre 2018).
8. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. "Prévention et protection périnéale en obstétrique". 2018 (Cité juillet 2019).
9. Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE). "Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes". 2013 (Cité en mars 2019).
10. DREES. "Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement". 2008. [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf> (Cité en mai 2019).
11. HAS. "Préparation à la naissance et à la Parentalité". 2005 (Cité en septembre 2018).
12. site Ameli.fr. Devenir parent [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite> (Cité en février 2019).
13. Le Monde.fr. "Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous". [Internet]. 31 janv. 2018 Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html (Cité en août 2018).
14. Larousse É. Définitions : ressenti - Dictionnaire de français Larousse (Cité en mars 2020).



15. Gaubert Soline. "Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l'accouchement". [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2015. (Cité en janvier 2019).
16. Cishahayo Bonaventure. "Le vécu psychologique des patients récemment opérés. Cas des amputés d'un membre inférieur à l'hôpital Kibungo au Rwanda" - [Mémoire en licence de Psychologie]. Université de Kibungo ; 2008 (Cité en février 2020).
17. " La préparation pré-interventionnelle - Préopératoire" - Cours soignants [Internet]. EspaceSoignant.com.
Disponible sur : <https://www.espacesoignant.com/soignant/anesthesie-chirurgie/preparation-preoperatoire> (Cité en février 2020).
18. "Préparation et information vs. Stress et anxiété dans un parcours de soins" [Internet]. maela. Disponible sur : <https://www.maela.fr/le-blog/les-liens-entre-preparation-et-stress-dans-la-prise-en-charge-medicale/> (Cité en mars 2020).
19. Haute Autorité de Santé. "Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales". déc. 2017. (Cité en novembre 2019).



Annexes

Annexe 1. Questionnaire.....



Annexe 1. Questionnaire

Bonjour je m'appelle DECOUX Cindy, je suis étudiante sage-femme. Je réalise mon mémoire sur le vécu de l'épisiotomie en fonction de la participation ou non à la Préparation à la Naissance.

Ce questionnaire est anonyme et servira uniquement à réaliser mon étude. En remplissant ce formulaire, vous m'autorisez à utiliser vos réponses pour la réalisation de mon étude.

Je vous remercie d'avance pour votre contribution.

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- Études supérieures

3. Quelle est votre profession ?

- Agricultrice exploitante
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Profession intermédiaire
- Employée
- Ouvrière
- Étudiante
- Sans activité professionnelle
- Autre

4. Dans quelle maternité avez-vous accouché ?

- Hôpital Mère-Enfant Limoges
- Clinique des Émailleurs
- Centre Hospitalier Guéret



5. Lors de votre accouchement a-t-on utilisé une méthode instrumentale ?

- Forceps
- Ventouse
- Aucune

6. Quel est le poids de votre nouveau-né ?

- Moins de 2,5 kg
- Entre 2,6 kg et 3,9 kg
- Plus de 4 kg

7. Est-ce votre premier enfant ?

- Oui
- Non

8. Avez-vous pendant votre grossesse participée à la Préparation à la Naissance et à Parentalité (PNP) ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez pas participé à la PNP passez à la question 11.

9. Est-ce que l'épisiotomie a été abordée ? Oui Non

10. Pensez-vous que la PNP vous a aidé à accepter votre épisiotomie ?

- Oui
- Non

Si non, pour vous, quels thèmes auraient dû être traités pour vous aider ?.....

.....

.....

.....

11. Avant votre accouchement, étiez-vous consciente de la possibilité d'avoir une épisiotomie ?

- Oui
- Non

12. Vous a-t-on demandé votre consentement avant de pratiquer l'épisiotomie ?

- Oui
- Non



13. Pour chaque thème, pouvez-vous dire si vous avez eu des informations et par quelles sources ? Cochez la case correspondante et notez 1 pour la source d'information principale et ensuite cochez les autres sources que vous avez eu.

	Oui	Non	Ne sait plus	Source d'informations
Exemple :	X			<input checked="" type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input checked="" type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
Les situations qui peuvent amener à faire une épisiotomie.				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
La manière dont elle est réalisée.				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
La suture.				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
Les soins a faire après une épisiotomie.				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
Les inconvénients possibles après une épisiotomie.				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :
Avez-vous pu avoir des réponses à toutes vos questions sur l'épisiotomie ?				<input type="checkbox"/> Préparation à la naissance. <input type="checkbox"/> Amis, famille <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Personnel médical pendant les consultations ou le jour de l'accouchement. <input type="checkbox"/> Autre :



DECOUX Cindy

Le vécu de l'épisiotomie en fonction de la participation ou non à la PNP.

43 pages

Mémoire de fin d'études – école de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2020-2021

Nous nous sommes intéressés au vécu de l'épisiotomie chez les primipares, en fonction de la participation ou non aux cours de PNP, ainsi qu'aux différentes sources d'informations. L'étude a été menée auprès de 139 femmes dans 3 maternités du Limousin.

Nous avons réalisé à l'aide de questionnaires anonymes une étude comparative, exhaustive, descriptive transversale, quantitative et multicentrique.

Les résultats semblent montrer que les patientes ont un meilleur vécu lorsqu'elles ont participé à la PNP. Le vécu moral est plus favorable lorsque l'épisiotomie a été abordée, de même lorsque le consentement a été demandé.

Mots-clés : [épisiotomie, PNP, vécu]

