

UNIVERSITE DE LIMOGES

Ecole de sages-femmes

ANNÉE 2014

**Les freins au changement de technique de suture
« un fil, un nœud » des sages-femmes et des
gynécologues-obstétriciens du Limousin**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME

Présenté par

Marion DULINSKIE

née le 6 mai 1991, à Périgueux

Mme Anne LE PICHOUX Directrice du mémoire

Mme Marie-Bernadette ETIFIER Guidante du mémoire

Remerciements

Je remercie Mme Anne Le Pichoux, sage-femme cadre, pour son aide et son précieux soutien pour la réalisation de ce travail.

Je remercie Mme Marie-Bernadette Etifier, sage-femme enseignante, pour ses conseils, son soutien sans faille et sa disponibilité.

Je remercie toutes les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens qui ont rempli mon questionnaire.

Je remercie toutes les sages-femmes cadres de la région pour avoir accepté la diffusion de mon questionnaire dans leur service et aidé à son remplissage.

Je remercie toutes les secrétaires médicales pour m'avoir aidé dans la diffusion et la récupération des questionnaires auprès des médecins.

Je remercie les étudiants sages-femmes de Limoges et en particulier Marie, pour avoir veillé au renseignement des questionnaires lors de leurs stages.

Je remercie Céline, Sophie, Pauline et toutes les personnes qui ont fait partie de cette promotion depuis notre PAP1 pour leur aide, leur bonne humeur et l'esprit d'équipe qui a régné tout au long de ces années.

Merci à mes parents, mon frère, ma famille, mes amis et Jean-David d'avoir toujours été présents à mes côtés, dans les bons comme dans les mauvais moments, et qui ont cru en moi depuis le début.

Table des matières

Introduction	5
Première partie : l'argumentation bibliographique.....	6
1. Les sutures périnéales.....	7
1.1. La méthode de suture en trois plans	7
1.2. La méthode de suture « un fil, un nœud ».....	10
1.3. Le choix du fil de suture	12
1.4. Les appréciations de la méthode « un fil, un nœud » par rapport à celle en trois plans.....	13
1.4.1. La diminution des douleurs périnéales	13
1.4.2. La diminution du risque d'inflammation	14
1.4.3. L'esthétisme.....	14
1.4.4. La rapidité d'exécution et la diminution des coûts	14
2. La formation des sages-femmes.....	15
2.1. La formation initiale.....	15
2.2. La formation continue	18
3. La formation des gynécologues-obstétriciens	19
4. Les tenants du changement de pratique	20
4.1. Les motivations pour le changement de pratique	20
4.2. Les freins au changement de pratique	21
Deuxième partie: la présentation de l'étude.....	24
1. La justification de l'étude	25
1.1. Le constat	25
1.2. La problématique	25
1.3. Les objectifs, l'intérêt de l'étude et les hypothèses de recherche	25
1.3.1. Les objectifs	25
1.3.2. L'intérêt de l'étude.....	25
1.3.3. Les hypothèses de recherche	26
2. La méthodologie de recherche	27
2.1. Le type d'étude	27
2.2. La population source.....	27
2.3. Les variables étudiées	27
2.3.1. Pour définir la population	27
2.3.2. Pour évaluer les connaissances des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens sur la technique « un fil, un nœud »	28
2.3.3. Pour connaître les moyens que les professionnels utilisent pour leur formation continue	29
2.3.4. Pour recenser les raisons empêchant le changement de pratique	29
2.3.5. Le profil de la population des professionnels qui utilisent cette technique	31
2.4. La méthode utilisée pour l'exploitation des données	32
2.5. La stratégie d'exploitation des données	33
3. Les limites de l'étude et les points forts.....	34
3.1. Les limites de l'étude	34
3.2. Les points forts	34

Troisième partie: la présentation des résultats.....	35
1. La présentation de la population des sages-femmes, des chefs de clinique et des gynécologues-obstétriciens	36
2. La population des sages-femmes, des chefs de clinique et des gynécologues obstétriciens ne pratiquant pas la suture « un fil, un nœud »	48
3. La population des sages-femmes, des chefs de clinique et des gynécologues obstétriciens pratiquant la suture « un fil, un nœud ».....	60
 Quatrième partie : la vérification des hypothèses et la discussion	68
1. La vérification des hypothèses.....	69
1.1. L'hypothèse principale	69
1.2. Les hypothèses secondaires.....	69
2. La discussion.....	71
2.1. Les méconnaissances	72
2.2. Les intérêts pour le changement.....	73
2.3. Le besoin de formation	74
 Conclusion	76
 Les références bibliographiques.....	77
 Table des annexes	79
 Table des illustrations.....	87

Introduction

Historiquement, les premières descriptions des sutures chirurgicales remontent à la civilisation Egyptienne avec le papyrus d'Edwin Smith (-1650 avant J.-C.). A l'époque, ils utilisaient des fils textiles, des cheveux ainsi que des morceaux de tendons ou d'intestins. Plusieurs écrits ont été ensuite réalisés par des auteurs, comme Ambroise Paré au XVIème siècle, sur la nécessité de suturer les plaies avec des fils plutôt que d'avoir recours à la cautérisation. A partir du XIXème siècle, le fil utilisé est le catgut, fil fabriqué à partir de l'intestin d'herbivores. Par la suite, au XXème siècle, sont apparus les fils synthétiques que l'on utilise aujourd'hui pour la plupart des sutures. [1]

La réfection d'épisiotomie fait partie de la pratique quotidienne des sages-femmes comme des obstétriciens. Il existe essentiellement deux techniques de suture pour cette réfection : la technique en trois plans et la technique « un fil, un nœud ». Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients. Depuis les recommandations de 2005 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), il est préférable d'utiliser la méthode de suture « un fil, un nœud » car elle offrirait de nombreux avantages. [2] Cependant, dans les établissements de santé, cette technique est très peu utilisée. Pour l'anecdote, dans des pays en voie de développement comme le Sénégal, cette technique est utilisée préférentiellement pour sa rapidité et son faible coût. [3]

Un des objectifs de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des techniques de sutures utilisées par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens du Limousin, dans le but de les sensibiliser à l'existence de la suture « un fil un nœud » et de leur en faire connaître les avantages. Cette étude s'attache également à relever les freins et les motivations au changement de pratique des professionnels.

Avant de présenter le protocole de recherche et les résultats de l'étude, nous aborderons les méthodes de suture périnéale, les moyens d'apprentissage des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens en matière de suture et les tenants du changement de pratique.

Les réflexions à partir de l'exploitation des données nous permettent d'apporter des solutions pertinentes afin d'aider les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens à adopter une nouvelle technique de suture.

Première partie : l'argumentation bibliographique

1. Les sutures périnéales

En France, environ une femme sur deux est concernée par l'épisiotomie. [2] La suture du périnée est donc une pratique courante. Il existe deux techniques : la méthode classique en trois plans et la méthode « un fil, un nœud » en quatre plans recommandée par le CNGOF. [2]

1.1. La méthode de suture en trois plans

La technique s'effectue selon trois plans distincts : la muqueuse vaginale, le plan musculaire et le plan cutané.

D'après l'étude prospective observationnelle, « Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies », incluant soixante-six patientes ayant eu une épisiotomie, réalisée de juillet 2006 à mars 2007 dans six maternités de Lorraine, il a été démontré que cette méthode de suture était la plus couramment utilisée (dans 63% des cas). [4]

- La muqueuse vaginale : La méthode de réfection utilisée est le plus souvent un surjet simple ou des points séparés. Il est nécessaire de suturer de l'angle supérieur jusqu'aux reliefs hyménéaux de sorte que les deux berges soient affrontées bord à bord. Les points sont larges, pris à environ un centimètre de la berge, prenant bien sous la muqueuse. [5]



Illustration 1 : **Surjet simple**

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantage : La suture est rapide et étanche.

→Inconvénients : Par manque d'expérience de l'opérateur, le surjet peut être trop serré. Il peut y avoir une asymétrie des berges, ce qui entraîne des douleurs périnéales, une cicatrisation plus difficile et des résultats esthétiques médiocres.

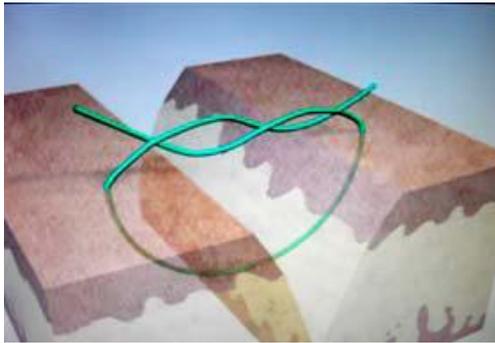


Illustration 2 : **Point séparé**

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantages : Le possible retrait d'un point en cas de douleur ou autre complication (sauf quand il est réalisé au niveau du plan musculaire) et sa solidité. Les points séparés réalisés sur le plan musculaire limitent le risque d'infection, ce qui favorise la cicatrisation.

→Inconvénients : Utilisé sur la muqueuse vaginale ou au niveau du plan cutané, l'espace entre les points crée un manque d'étanchéité qui favorise l'inflammation, la formation d'hématome ou une infection. Il peut être à l'origine de désunion lorsqu'il est insuffisamment serré ou de douleurs lorsque, à l'inverse, il est trop serré.

- Le plan musculaire : la suture de ce plan nécessite des points séparés ou des points en croix (points en X). [5]



Illustration 3 : **Point en croix**

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantages : C'est un point hémostatique efficace pour arrêter les saignements en jet. Il permet de rapprocher les berges.

→Inconvénients : Il présente des inconvénients identiques à ceux des points séparés.

- Le plan cutané : la suture est débutée au niveau de l'angle inférieur et se termine par un dernier point au niveau de la fourchette vulvaire. Il existe différentes techniques pour effectuer ces points : les points séparés simples ou de Blair Donati, le surjet simple ou de Blair Donati et le surjet intradermique. [5]

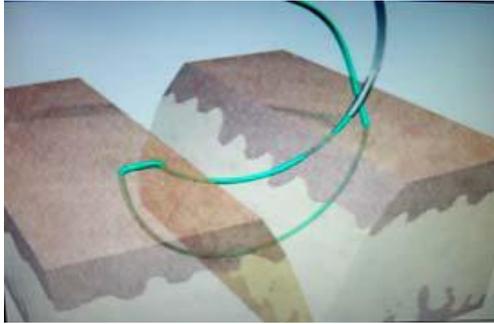


Illustration 4 : Points de Blair Donati

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantages : Il permet un bon ajustement des berges et une très bonne solidité. Le double passage dans le derme permet d'effacer les espaces-morts sous-cutané et de supprimer une tension importante.

→Inconvénients : Il est difficile à réaliser et est très peu esthétique.

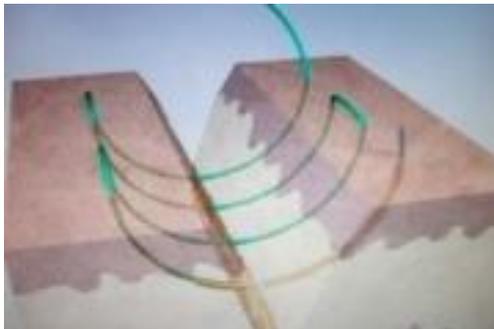


Illustration 5 : Surjet de Blair Donati

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantages : Il présente les mêmes avantages que le point séparé de Blair Donati mais il permet en plus le parfait affrontement des deux berges, ce qui donne un résultat esthétique très satisfaisant.

→Inconvénient : Il est difficile à réaliser.

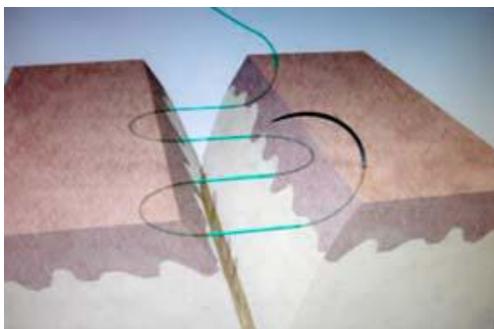


Illustration 6 : Surjet intradermique

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

→Avantages : Sa réalisation a pour rendu une cicatrice régulière avec une tension minimale sur les berges, donc une nette diminution de la douleur en post-partum. Cette suture crée un plan étanche, ce qui aide à diminuer les complications (infection, hématome...).

→Inconvénients : Il nécessite l'expérience de l'opérateur.

1.2. La méthode de suture « un fil, un nœud »

C'est une méthode innovante qui se développe depuis une dizaine d'années en France. Elle consiste à suturer, par surjet continu, en ne réalisant qu'un nœud au départ. La solidité de celui-ci est capitale afin d'éviter toute désunion. L'innovation tient également dans son mode de terminaison dit du « fil perdu dans la fesse ». [6]

La suture s'effectue selon quatre plans :

- Plan muqueux : Réalisation d'un nœud au point d'angle de la muqueuse vaginale. La prise de la muqueuse doit être assez épaisse pour que les tissus soient suffisamment solides. Le plan muqueux sera fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale. [7]

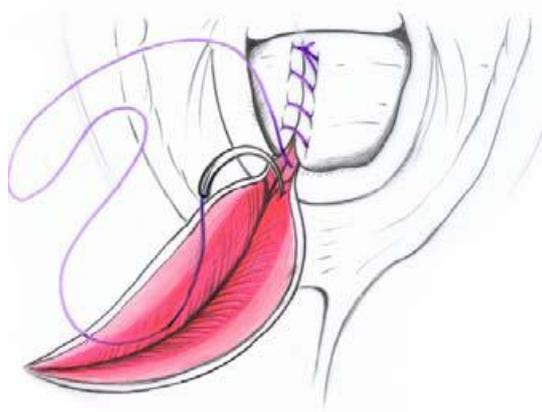


Illustration 7 : **Suture du plan muqueux**

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

- Plan musculaire : Un dernier point sur la berge gauche du plan muqueux permet de débiter le plan musculaire jusqu'au point d'angle cutané. Grâce à l'utilisation d'une grande aiguille, on peut faire des prises importantes. Il est habituel, en faisant un surjet continu, de piquer bien plus de fois que si l'on faisait des points séparés sur le muscle. Au niveau du plan musculaire, il est important que les points ne soient pas trop serrés. [7]

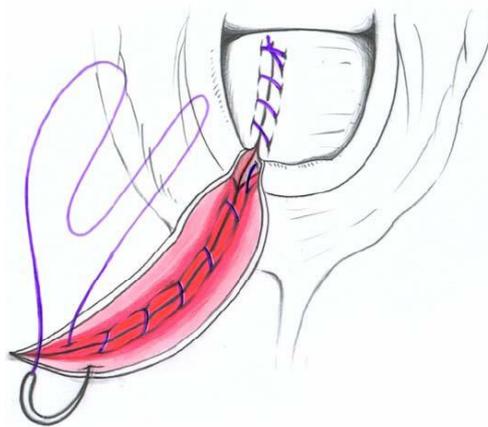


Illustration 8 : Suture du plan musculaire

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

- Plan sous-cutané : Le surjet est prolongé de l'angle de la peau à la cicatrice hyménéale. C'est un plan supplémentaire par rapport à la technique en trois plans. Il a un double intérêt : il permet d'effacer les espaces morts sous-cutanés pouvant persister et absorbe les tensions du plan cutané. Ce plan sous-cutané se termine par un ou deux points de surjet sur la muqueuse vaginale en avant de l'hymen. [7]

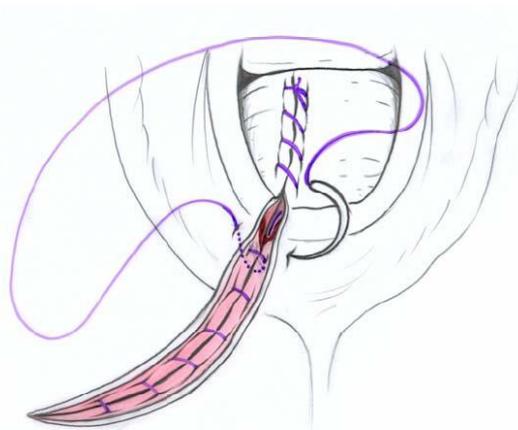


Illustration 9 : Suture du plan sous-cutané

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

- Plan cutané : L'espacement des deux berges de ce plan ne doit pas dépasser 5 mm pour éviter toute tension. Le surjet intradermique sera débuté en partant de la fourchette vulvaire pour arriver au point d'angle inférieur de la peau. « On piquera alors l'aiguille dans l'angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2 cm. Le fil sera coupé au ras de la peau pour être enfoui dans le gras de la fesse : technique du « fil perdu dans la fesse » ». [4,7]

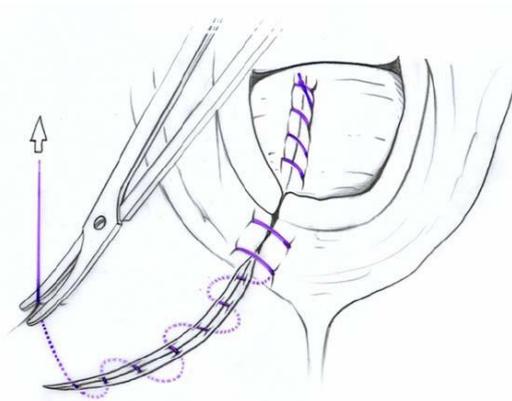


Illustration 10 : **Suture du plan cutané**

(Vazquez M., *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies*, 2008)

1.3. Le choix du fil de suture

Selon le CNGOF, « les résultats de différentes études plaident pour l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable (Grade A). Il n'existe pas d'étude probante pour privilégier un fil résorbable plutôt qu'un autre. L'utilisation d'un fil résorbable génère moins de douleurs périnéales immédiates que celles d'un fil non résorbable (Grade B). Les fils non résorbables ont également le désavantage de nécessiter leur ablation systématique ». [2]

Cependant, pour réaliser la technique de suture « un fil, un nœud », certains praticiens, comme le Professeur Dallay du CHU de Bordeaux, préféreraient l'utilisation d'un fil tel que le Vicryl® rapide 2/0 VR 2217. En effet, le diamètre de ce fil tressé de 90 cm permettrait de suturer solidement tous les plans. Son aiguille courbe de 36mm triangulaire permettrait une pénétration adéquate de manière atraumatique de tous les tissus, même des plus profonds. [7] Enfin, « la résistance 50 (temps au bout duquel le fil perd 50% de la résistance qui maintient les deux berges côte à côte) est de 10 à 12 jours et la résorption de 42 jours ce qui est satisfaisant ». [4]

La suture en trois plans peut utiliser des fils de différentes natures selon les plans.

La réalisation des nœuds entraîne une diminution de la résistance du fil, d'où un risque de désunion plus élevée. [4]

1.4. Les appréciations de la méthode « un fil, un nœud » par rapport à celle en trois plans

Certains professionnels émettent des réserves quant à la méthode « un fil, un nœud » car ils avancent qu'il existe :

- un risque d'inflammation dû à l'existence d'un plan supplémentaire ;
- une impossibilité de retirer un point en cas d'infection ;
- un risque de lâchage total de la suture si le nœud n'est pas correctement réalisé. [4]

Ce sont effectivement les trois inconvénients de cette méthode.

Cependant, la technique de suture en trois plans présente de nombreux inconvénients que la technique « un fil, un nœud » permet de pallier. Les dernières recommandations au sujet de la réparation de l'épisiotomie sont basées sur l'étude réalisée par Kettle en 2002. Ce dernier montre que la réfection de l'épisiotomie par un surjet réduit significativement la douleur, le risque de déhiscence et apporte une plus grande satisfaction aux patientes. [8]

1.4.1. La diminution des douleurs périnéales

La méthode classique en trois plans aboutit à la réalisation de nombreux nœuds à cause de la présence de trois plans suturés l'un après l'autre avec, parfois, des fils différents.

Chaque plan implique la confection d'au minimum deux nœuds dans le cas du surjet. Dans les autres cas, lors de la réalisation de points séparés classiques, en X ou encore de Blair Donati, le nombre de nœuds est multiplié par autant de points.

Il a été démontré que la réalisation de points séparés, trop serrés, entraînait des douleurs périnéales. Ces dernières sont dues à une ischémie secondaire au serrage des points, pouvant aller jusqu'à la nécrose des tissus. Les points serrés génèrent également une inflammation locale pouvant créer un œdème.

Ces douleurs s'expliquent également par la présence de terminaisons nerveuses cutanées très sensibles aux points séparés sur la peau. [4]

Ainsi, l'existence d'un seul nœud au niveau de la muqueuse vaginale pour la technique de suture « un fil, un nœud », réduit significativement la douleur périnéale ainsi que le risque de lâchage de la suture.

1.4.2. La diminution du risque d'inflammation

Un autre avantage pour le surjet continu est la présence du plan supplémentaire de réfection sous-cutanée permettant de diminuer le risque d'hématome, donc d'infection et de désunion de la suture. [4]

1.4.3. L'esthétisme

Le dernier plan de la technique « un fil, un nœud » utilise un surjet intradermique. Cette technique permet une cicatrisation esthétique ce qui contribue à diminuer l'anxiété des femmes. [4] Cela n'est pas le cas avec la pratique d'un surjet simple, de points séparés ou de Blair Donati, qui engendrent une cicatrisation peu esthétique. [1]

1.4.4. La rapidité d'exécution et la diminution des coûts

La technique en quatre plans est une technique plus rapide pour l'opérateur du fait de l'absence d'exécution de nœuds. Elle est, de plus, moins coûteuse en raison de l'utilisation d'un seul et même fil au lieu de deux, au minimum, dans la technique en trois plans. [4]

En conclusion, la méthode « un fil, un nœud » est incontestablement la meilleure technique de suture d'épisiotomie mais elle n'est utilisée par les professionnels que dans 34% des cas, d'après l'étude lorraine. Cependant, selon les statistiques de cette même étude, les professionnels préféreraient utiliser la méthode de suture en trois plans parce qu'ils y sont habitués (62%) ou parce qu'ils la maîtrisent davantage (21%). [4]

Comme toutes les pratiques, les techniques de suture, quelles qu'elles soient, nécessitent un apprentissage.

2. La formation des sages-femmes

2.1. La formation initiale

Actuellement, la formation des étudiants sages-femmes est en pleine réforme. Il existe, au sein des écoles, l'ancien système qui se déroule en phases et l'actuel qui s'intègre dans le cursus de Licence-Master-Doctorat (LMD).

L'organisation des études de sages-femmes selon le système des phases

Les études de sages-femmes se composent de cinq années d'études. La première année est commune à celle de médecine et d'odontologie. Elle est sanctionnée par un concours dont le nombre de places est arrêté par un numerus clausus (à Limoges ce dernier est de 23). L'entrée dans ce classement donne aux étudiants le droit d'accéder à l'école de sages-femmes.

La durée des études à l'école de sages-femmes est de quatre années réparties en deux phases de deux ans. La première, composée de la Première Année de Phase 1 (PAP1) et de la Deuxième Année de Phase 1 (DAP1), permet d'acquérir les connaissances de la physiologie et la maîtrise de l'obstétrique normale. La deuxième, composée de la Première Année de Phase 2 (PAP2) et de la Deuxième Année de Phase 2 (DAP2), a pour but d'enseigner à l'étudiant la pathologie afin qu'il puisse la dépister et remplir son rôle de prévention dans les grossesses à haut risque. [9]

L'enseignement dispensé dans les écoles de sages-femmes est à la fois théorique et pratique. Les études sont rythmées par une alternance de cours et de stages dans tous les secteurs d'activité où peut exercer une sage-femme. Cette organisation favorise l'acquisition des compétences professionnelles, techniques et pratiques, en mettant immédiatement en relation le contenu des cours avec la pratique du terrain.

- **L'enseignement des sutures dans les écoles de sages-femmes**

D'après l'arrêté de décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes, l'enseignement de l'épisiotomie et de sa réfection doit être abordé dans la partie anatomie/physiologie obstétricale lors de la première phase. [9]

A l'intérieur d'une même phase, chacune des trente-cinq écoles en France est libre d'organiser la dispense du programme d'enseignement comme elle le souhaite en ce qui concerne les heures attribuées et la forme de l'enseignement.

Une étude, sur l'enseignement théorique et pratique de la réfection d'épisiotomie, effectuée auprès des étudiants sages-femmes DAP2 de 30 écoles françaises en 2010, a mis en évidence que [10] :

- 73% des écoles y consacrent au moins deux heures de cours théoriques ;
- dans 70% des cas, ces cours ont lieu lors de la DAP1 mais que, dans 25% des cas, ils avaient lieu en PAP2 ;
- les moyens les plus utilisés pour l'enseignement théorique sont le diaporama, le cours magistral et la démonstration sur mannequin ;
- les outils pour l'apprentissage de la pratique sont le plus souvent des pieds de porcs, des cuisses de poulet, des carrés de mousse et la vidéo ;
- dans 70% des cas, ces cours théoriques et pratiques sont dispensés par une sage-femme cadre formatrice ;
- la technique de suture « un fil, un nœud » n'est enseignée que dans 38,1% des écoles alors que la méthode de suture en trois plans est enseignée dans 97,8% d'entre elles ;
- seulement 30% d'étudiants bénéficient d'au moins une heure de travaux pratiques ;
- 92,4% des étudiants sages-femmes de dernière année affirment ne pas avoir acquis la technique « un fil, un nœud ».

A Limoges, les cours théoriques sur l'épisiotomie et sa suture sont dispensés sous forme de deux heures de cours magistraux. Ils sont abordés en DAP1 par une sage-femme cadre formatrice. Cet enseignement est suivi de deux heures de travaux dirigés.

Il est à noter que la technique de suture « un fil, un nœud » est enseignée à Limoges depuis l'année universitaire 2012.

- **La formation sur le terrain**

L'école de sages-femmes de Limoges est rattachée au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et a passé des conventions de stage avec les hôpitaux périphériques de Saint-Junien, Guéret, Tulle, Ussel, Brive et Périgueux. De plus, l'école de sage-femme a établi des conventions avec la clinique des Emailleurs à Limoges et celle de Saint Germain à Brive.

Les étudiants sages-femmes de Limoges sont amenés à effectuer des stages sur ces différents terrains. L'enseignement théorique sur les sutures d'épisiotomies étant réalisé au milieu de l'année de la DAP1, les étudiants sages-femmes ont l'opportunité de commencer à suturer lors de leur stage en salle de naissance à partir de cette même année. Ainsi, ils réaliseront des sutures pendant les deux ans et demi de leurs études, c'est-à-dire durant :

- environ 5 semaines de stage en salle de naissance en DAP1,
- 9 semaines de stage en salle de naissance en PAP2,
- 11 semaines de stage en salle de naissance en DAP2.

En réalité, d'après la même étude réalisée auprès des étudiants sages-femmes de DAP2 de 30 écoles de France, 50% des futurs professionnels n'ont suturé qu'une à cinq épisiotomies depuis le début de leur formation. Ainsi, la réfection est très peu pratiquée par les étudiants sages-femmes en stage.

Cette étude montre également qu'un étudiant peut se sentir « apte » à suturer aisément dans 88,7% des cas après avoir suturé cinq fois au cours du même stage. [10]

D'après l'arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sages-femmes [9], il existe deux objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique, intéressant notre sujet :

- pratiquer les techniques de soins appliquées aux domaines de la médecine et de la chirurgie ;
- pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum dans le cadre d'une formation clinique minimale).

La formation initiale des sages-femmes est un moment d'apprentissage important s'étalant sur cinq années d'études. Une fois terminée, la formation continue permet de poursuivre l'apprentissage parallèlement aux progrès de la médecine. Ainsi, les professionnels peuvent proposer la meilleure prise en charge possible aux patientes.

2.2. La formation continue

La formation continue est une obligation professionnelle inscrite dans le code de déontologie des sages-femmes, article 4127-304 modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, « *la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L.4153-2* ». [11]

De plus, « *la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs* ». [11]

Cette nouvelle disposition est incitative et garantit une formation initiale et continue de qualité encadrée par des sages-femmes expérimentées.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009 (article 4153-1) précise que « *le développement professionnel continu a pour objectif le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et une meilleure prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ». [12]

C'est pourquoi il existe des événements de formation nationale ouverts à toutes les sages-femmes pour qu'elles actualisent leurs pratiques. On prendra l'exemple des assises nationales des sages-femmes de mai 2012, lors desquelles un atelier sur la réflexion d'épisiotomie était proposé. [13] En réalité, ces événements sont peu fréquents et ne sont accessibles qu'à un nombre restreint de professionnels.

3. La formation des gynécologues-obstétriciens

Pour devenir gynécologue-obstétricien, il faut avoir franchi toutes les étapes du cursus des études médicales : la Première et la Deuxième Année du premier Cycle des Etudes de Médecine (PCEM1 et PCEM2) ; puis les première, deuxième, troisième et quatrième années du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM1, DCEM2, DCEM3 et DCEM4).

Les cours complets de gynécologie-obstétrique sont au programme de la DCEM3. Ceux-ci sont directement mis en relation avec des stages et des gardes dans les services de gynécologie/obstétrique.

Après ces six années de formation communes, l'Epreuve Classante Nationale (ECN) permet à chaque étudiant de choisir sa spécialité. Pour l'année 2011/2012, 200 postes de gynécologues-obstétriciens étaient proposés. [14]

Une fois reçu, l'étudiant en gynécologie-obstétrique fait l'objet d'une formation de dix semestres en tant qu'interne, sanctionnée par un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées). Il doit soutenir une thèse devant un jury afin d'être diplômé d'Etat en tant que Docteur en médecine.

Durant les études de médecine, l'apprentissage initial de la suture d'épisiotomie est enseigné par le biais du compagnonnage sur le terrain avec des gynécologues-obstétriciens et par l'inscription à des événements de formation dans le cadre de la formation continue.

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont donc amenés à évoluer dans leurs pratiques afin d'offrir la meilleure prise en charge possible à leurs patientes en répondant à leurs besoins avec les moyens les plus récents offerts par le progrès. Ils se doivent d'être impliqués dans leur formation continue, c'est-à-dire, actifs dans le changement de pratique.

4. Les tenants du changement de pratique

Le changement est une modification profonde, un passage d'un état à un autre rompant un rythme établi et ayant un caractère relativement durable dans un système social. [15]

Kurt Lewin a étudié le processus évolutif du changement et en a observé trois phases plus ou moins longues, difficiles et intenses selon les personnes [16] :

- La dé cristallisation : cette phase correspond à la période où l'individu commence à remettre en question, volontairement ou non, ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements.
- La transition : c'est une phase où l'individu s'initie au nouveau mode de fonctionnement et expérimente de nouvelles façons de faire les choses. Cette phase est encore instable.
- La recristallisation : c'est la période lors de laquelle l'individu fait l'acquisition de nouveaux comportements ou de nouvelles attitudes, adaptées aux exigences de la situation. Le changement n'est durable que si cette troisième phase est réussie, c'est-à-dire si ce changement est intégré dans de nouvelles façons de faire de plus en plus spontanées. Les nouvelles pratiques s'harmonisent avec les autres dimensions du quotidien et font désormais partie des habitudes.

Cependant, le changement des professionnels est initié par des motivations plus importantes que les appréhensions qu'ils peuvent ressentir.

4.1. Les motivations pour le changement de pratique

Dans le domaine de la médecine, les motivations relèvent de différents registres.

L'implication, qui est une participation active au changement. Elle permet à l'individu de se sentir investi et de vouloir « bien faire ». Le travail en équipe permet de majorer ce sentiment

d'investissement : tout le monde travaille pour la même cause, dans le même sens et pour un même but avec persévérance.

On a donc ici une double force motivationnelle : individuelle et collective. [17,18]

Les récompenses, afin que l'individu éprouve de la satisfaction à s'investir. Il faut qu'il puisse assouvir un contentement qui relève de différents domaines :

- une satisfaction personnelle : l'accomplissement de soi,
- une satisfaction des patients dont il s'occupe,
- une reconnaissance par ses pairs,
- une reconnaissance économique : prime, augmentation de salaire. [17,18]

Le besoin de gratification du professionnel dans sa recherche à développer ses compétences. Pour cela, il a besoin de se sentir responsable et autonome dans ses démarches afin de développer une autosatisfaction narcissique qui le gratifiera. [17,18]

Le processus de réussite. Plus ce processus d'apprentissage sera rapide, plus l'individu se sentira compétent parce qu'il aura réussi et pourra accepter le changement. [17,18]

Malgré l'existence de facteurs incitant au changement de pratique, il existe par ailleurs de nombreux freins. Il faut pouvoir les recenser afin de comprendre les raisons du non changement et y remédier.

4.2. Les freins au changement de pratique

L'inconnu qui crée des doutes et un questionnement sur l'intérêt d'un changement de pratique. En effet, la peur de l'inconnu va, elle, entraîner des craintes, des angoisses à cause de l'incertitude et de l'insécurité que le changement représente. Ce phénomène est majoré si le changement est imposé. [17,18]

La perte des repères : les habitudes se développent grâce à une organisation relativement stable de l'espace et du temps et sont ressenties comme sécurisantes et rassurantes. L'individu, par la remise en cause de ses repères et habitudes, va créer des mécanismes de résistance au changement. Il a l'impression d'une perte de contrôle de son identité professionnelle. [17,18]

La perte de la maîtrise : les outils et méthodes de travail bien maîtrisés confèrent aux individus une maîtrise pratique qui conforte la confiance en soi. Les changements qui visent à modifier ces repères vont générer la crainte de ne pas être à la hauteur. Cette crainte perturbe un équilibre déjà ancré : l'individu a l'impression de régresser. Il va donc devoir faire appel à des mécanismes d'adaptation pour rétablir un nouvel équilibre. [17,18]

Un processus d'apprentissage fastidieux : pendant la phase d'apprentissage, l'individu commet des erreurs qui s'accompagnent d'émotions désagréables. Le sentiment de frustration dû à une baisse de performance est en général difficile à accepter. L'individu doit alors mobiliser ses capacités d'attention et de concentration afin de réduire au plus vite cette marge d'erreur altérant l'estime de soi. [17,18]

Un manque d'information et de communication : l'acceptation d'un changement relève d'un calcul de l'individu en termes d'avantages et d'inconvénients, de bénéfices et de pertes, en rapport avec ses projets individuels et collectifs. Un obstacle essentiel peut être la méconnaissance du problème du fait d'une insuffisance d'explications. C'est pourquoi, la communication doit être constante et transparente : elle permet de dynamiser une équipe autour d'un projet. [17,18]

Un manque de cohésion : un facteur relationnel inexistant dans une équipe (mésentente, ignorance des autres) est source de démotivation. [17,18]

Un manque de formation : les enveloppes budgétaires concernant la formation continue sont revues à la baisse. Aujourd'hui, l'attribution des formations dépend beaucoup des politiques de santé et de l'orientation des projets d'établissement. Or, pour initier un

changement de pratique, il faut créer des formations. Sans elles, un processus de changement de pratique ne peut avoir lieu. [17,18]

Un manque de motivation : l'individu peut manquer de motivation par manque ou difficulté d'adaptation, manque d'adhésion, de conviction, d'investissement ou encore d'implication. [17,18]

La diminution du nombre d'épisiotomies : actuellement, les recommandations du CNGOF de 2005 préconisent une diminution du nombre d'épisiotomies et ont pour conséquence de raréfier les occasions de s'entraîner à une technique de suture. [2]

Deuxième partie : la présentation de l'étude

1. La justification de l'étude

1.1. Le constat

J'ai pu constater, sur divers terrains de stage, que la plupart des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ne respectent pas les recommandations du CNGOF de 2005 en ce qui concerne la pratique de la suture d'épisiotomie. En effet, ce dernier indique que « [...] le surjet continu est préférable aux points séparés [...] (Grade A) ».

1.2. La problématique

Quels sont les freins au changement de technique de suture recommandée par le CNGOF : « un fil, un nœud », des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens de la région du Limousin ?

1.3. Les objectifs, l'intérêt de l'étude et les hypothèses de recherche

1.3.1. Les objectifs

- Connaître les techniques adoptées en matière de suture par les professionnels et les raisons de ces choix.
- Sensibiliser les professionnels à l'existence de la technique « un fil, un nœud » et à ses avantages.
- Relever les freins et les motivations au changement de pratique des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin.

1.3.2. L'intérêt de l'étude

- Apporter des solutions pertinentes afin d'aider les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens à adopter une nouvelle technique de suture.
- Participer à l'élaboration d'un contenu de formation sur la suture « un fil, un nœud » à destination des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens dans le cadre de la formation continue à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges. Elle pourra être étendue dans le cadre du réseau du Limousin : Périnatlim.

1.3.3. Les hypothèses de recherche

1.3.3.1. L'hypothèse principale

La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin n'a pas eu l'opportunité d'apprendre à suturer les épisiotomies avec la technique « un fil, un nœud ».

1.3.3.2. Les hypothèses secondaires

- La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ne connaît pas l'existence de la technique de suture « un fil, un nœud ».
- La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ne connaît pas les avantages de la technique de suture « un fil, un nœud ».
- La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens n'a pas connaissance du contenu des recommandations du CNGOF pour la réfection des épisiotomies.
- La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens qui n'utilise pas la technique « un fil, un nœud » ne maîtrise pas la technique du surjet intradermique.
- Il existe des caractéristiques communes chez les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens qui n'ont pas adopté la technique de suture « un fil, un nœud ».

2. La méthodologie de recherche

2.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et exhaustive.

2.2. La population source

La population est l'ensemble des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens (chefs de clinique compris) travaillant dans les blocs de naissance des hôpitaux publics de la région du Limousin.

Les établissements concernés sont :

- l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges
- l'Hôpital de Saint-Junien
- l'Hôpital de Brive
- l'Hôpital de Tulle
- l'Hôpital de Guéret
- l'Hôpital d'Ussel

2.3. Les variables étudiées

2.3.1. Pour définir la population

Les variables utilisées pour définir le profil de la population générale sont :

- la profession : sage-femme, gynécologue-obstétricien (variable qualitative)
- le lieu d'études (variable qualitative)
- le lieu d'exercice actuel (variable qualitative)
- l'existence de lieux d'exercice antérieurs (variable binaire oui/non)
- l'âge (variable qualitative)
- l'ancienneté du diplôme (variable qualitative inférieure ou égale, ou supérieure à dix ans ce qui correspond au début de la pratique en France)
- connaissance des corps de métiers utilisant la technique « un fil, un nœud » dans l'établissement d'exercice

2.3.2. Pour évaluer les connaissances des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens sur la technique « un fil, un nœud »

- Connaissance du contenu des recommandations du CNGOF sur la pratique des sutures (variable binaire oui/non)

- Connaissance de l'existence de la technique (variable binaire oui/non)

- Connaissance des avantages de la technique de suture « un fil, un nœud » (d'une part avec l'avis personnel des professionnels à l'aide d'une variable qualitative binaire oui/non, d'autre part avec l'évaluation de leurs connaissances à l'aide de questions fermées) :

- pour la patiente : diminution de la douleur, du taux de dyspareunies, du risque de désunion de la cicatrice, du risque d'infection ; esthétisme

- pour l'opérateur : rapidité d'exécution

- pour l'hôpital : coût, rapidité d'exécution

Les connaissances ont été supposées acquises lorsque le professionnel obtenait un score supérieur ou égal à 5 réponses justes sur 7.

- Connaissance des inconvénients de la technique « un fil, un nœud » (d'une part avec l'avis personnel des professionnels à l'aide d'une variable qualitative binaire oui/non, d'autre part avec l'évaluation de leurs connaissances à l'aide de questions fermées) :

- un risque d'inflammation dû à l'existence d'un plan supplémentaire

- une impossibilité de retirer un point en cas d'infection

- un risque de lâchage total de la suture si le nœud n'est pas correctement réalisé

Les connaissances ont été supposées acquises lorsque le professionnel a eu un score supérieur ou égal à 2 réponses justes sur 3.

- Connaissance des inconvénients de la technique en trois plans (d'une part avec l'avis personnel des professionnels à l'aide d'une variable qualitative binaire oui/non, d'autre part avec l'évaluation de leurs connaissances à l'aide de questions fermées) :

→ à court terme : douloureux, peu esthétique, augmentation du risque d'infection

→ à long terme : dyspareunies, peu esthétique

Les connaissances sont supposées acquises lorsque le professionnel a un score supérieur ou égal à 3 réponses justes sur 5.

2.3.3. Pour connaître les moyens que les professionnels utilisent pour leur formation continue

Recensement des moyens d'accès aux informations (variable qualitative) :

→ démarche personnelle : fréquence de recherches personnelles sur internet et dans des bibliothèques - abonnement à des revues professionnelles - inscription à des événements de formation continue

→ informations obtenues par l'intermédiaire du service : abonnement du service à des revues professionnelles - notes de service - mailing - affichages - cahier de transmissions - circuit de lecture - recherche bibliographique

2.3.4. Pour recenser les raisons empêchant le changement de pratique

J'ai relevé des variables me permettant de recenser l'existence ou non de freins au changement de pratique (avec des critères objectifs et subjectifs) dans la population des professionnels n'ayant pas adopté la technique.

Critères objectifs (variables binaires oui/non) :

- formation à la technique « un fil, un nœud »

→ initiale

→ continue

- connaissance de l'utilisation de la technique « un fil, un nœud » dans le service

→ par des médecins

→ par des internes

→ par des sages-femmes

- pratique personnelle du surjet intradermique
 - si non, les raisons : pas de formation au surjet intradermique - oubli de la méthode - pas d'intérêt trouvé à la pratique de ce type de surjet

- besoin d'une formation théorique et pratique
 - par un représentant de laboratoire
 - par un collègue (compagnonnage)
 - dans le cadre de la formation continue

- besoin d'avoir une personne référente pour l'apprentissage sur le terrain
 - sage-femme praticienne
 - médecin

- besoin d'avoir un protocole en lien avec les techniques de suture dans le service

- besoin d'une diffusion d'informations portant sur les recommandations en général

Critères subjectifs :

- le fait d'être favorable à la technique de suture « un fil, un nœud » avec une échelle numérique de 0 à 10 (variable qualitative).
Le mode d'interprétation est le suivant : de 7 à 10 : favorable, de 4 à 6 : sentiment partagé, de 0 à 3 : pas du tout favorable.

- les raisons de leur choix d'une technique de suture (variables binaires oui/non) :
 - la diminution des douleurs en post-partum
 - l'esthétisme
 - la cicatrisation
 - le coût de la méthode de suture en fonction du matériel employé
 - le gain de temps de la méthode de suture employée
 - l'attachement aux habitudes de suture
 - la recommandation du service

- leurs appréhensions liées au changement de technique (variables binaires oui/non) :

- l'inconnu
- l'échec
- l'impression de régresser
- la remise en question
- la perte des habitudes
- la perte de la maîtrise d'une technique
- la désorientation
- l'absence de recommandation dans le service
- le processus d'apprentissage de la méthode

- leur volonté de changer de technique après avoir reçu une formation avec une échelle numérique de 0 à 10 (variable qualitative).

Le degré de volonté a été interprété comme suit : de 7 à 10 : volonté affirmée, de 4 à 6 : sentiment partagé, de 0 à 3 : aucune volonté de changer.

2.3.5. Le profil de la population des professionnels qui utilisent cette technique

J'ai relevé des variables me permettant de connaître les caractéristiques de cette population et de relever les motivations liés au changement de pratique de suture chez les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ayant adopté la méthode « un fil, un nœud ».

- l'ancienneté de la pratique de la technique (variable quantitative et qualitative)

- le biais par lequel ils ont été informés de la technique (variable qualitative) :

- les recommandations
- des sages-femmes
- des médecins
- des internes
- la formation initiale
- la formation continue
- des congrès
- le service

- des recherches personnelles
- un abonnement à une revue professionnelle

- les moyens utilisés pour l'apprentissage de la technique (variable qualitative) :

- personnels : supports vidéos, écrits, entraînement
- formation initiale et continue
- compagnonnage : sages-femmes, médecins, internes

- les raisons ayant motivé le changement (variables qualitatives) :

- la diminution des douleurs en post-partum
- l'esthétisme
- la cicatrisation
- le faible coût de la méthode de suture grâce à l'emploi d'un seul fil
- le gain de temps
- la satisfaction personnelle

- la démarche du changement de pratique effectuée (variable qualitative) :

- seul(e)
- en groupe

2.4. La méthode utilisée pour l'exploitation des données

La méthode utilisée pour la collecte des données est celle d'un questionnaire anonyme. (ANNEXE 1)

Au mois de décembre 2012, j'ai pris contact avec les sages-femmes cadres des établissements du Limousin afin d'obtenir leur accord pour la distribution des questionnaires, ainsi que la liste des sages-femmes travaillant régulièrement dans leur service de salle de naissance. J'ai également contacté le secrétariat de chaque établissement du Limousin afin d'établir une liste des gynécologues-obstétriciens.

Un pré-test a été réalisé au mois de février, auprès des étudiants sages-femmes de ma promotion et de sages-femmes diplômées travaillant hors de la région Limousin, avant la

rédaction définitive du questionnaire. Cela m'a permis de vérifier qu'il était compréhensible et qu'il répondait à mes attentes.

Après validation du protocole par l'UFRCB, ce questionnaire a été distribué à toutes les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens du Limousin travaillant en salle de naissance, accompagné d'une lettre explicative. (ANNEXE 2)

Pour les sages-femmes, mon questionnaire a été placé dans des chemises prévues à cet effet, dans le bureau de salle de naissance de chaque établissement concerné. Une fois renseignés, les questionnaires ont été remis dans cette chemise. Une liste d'émargement collée sur cette dernière m'a permis de vérifier le taux de réponses. Ce dispositif m'a permis de relancer de manière individuelle les sages-femmes n'ayant pas répondu à l'enquête.

Pour les gynécologues-obstétriciens, les questionnaires ont été remis dans des enveloppes de manière nominative au secrétariat de chaque établissement. Une fois remplis, ils ont été déposés au secrétariat par les professionnels, dans une chemise prévue à cet effet, en tout anonymat. La relance s'est effectuée sur le même principe que pour les sages-femmes.

La distribution et la relève des questionnaires ont été assurées par mes collègues de promotion et moi-même. J'ai effectué des relances par mail, par téléphone, en me déplaçant et en mobilisant des étudiants sages-femmes en stage aux mois de mai, juillet, septembre et novembre 2013, date de la fin de mon recueil de questionnaires.

L'objectif était d'obtenir au minimum 90% de questionnaires exploitables.

2.5. La stratégie d'exploitation des données

Les données ont été saisies sur un tableur Excel® et ont été analysées avec le logiciel StatView®.

Pour la dernière hypothèse secondaire, j'ai recherché des différences significatives entre ceux qui utilisent la technique « un fil, un nœud » et ceux qui ne l'utilisent pas, en me servant du test du Chi2 ou du test exact de Fisher.

3. Les limites de l'étude et les points forts

3.1. Les limites de l'étude

Le fait que la population soit multicentrique a demandé de l'énergie et du temps lors des relances.

Le plan de relance pour les médecins manquait d'efficacité. Malgré de nombreuses sollicitations, je n'ai obtenu que 70,4% de questionnaires exploitables.

Il y a eu un très faible retour des cliniques. Les raisons évoquées étaient que les sages-femmes suturaient peu. Elles étaient donc très peu concernées par le problème. Elles ont été exclues de l'étude.

La distinction paraissait intéressante à faire entre les médecins et les internes. Cependant, ceux-ci ne sont pas présents dans tous les établissements. Les questions les intégrant ont donc été exclues de l'étude comme : « la technique de suture « un fil, un nœud » est-elle pratiquée dans votre service par des internes ? » et « avez-vous besoin d'un interne comme personne référente pour l'apprentissage de la technique de suture « un fil, un nœud » ».

3.2. Les points forts

Le pourcentage de retour de l'ensemble des questionnaires est un point fort de l'étude : 90,3%.

Le sujet a intéressé les sages-femmes car 95,9% d'entre elles l'ont rempli.

La phase de pré-test du questionnaire a permis d'effectuer des modifications afin que celui-ci soit correctement renseigné et exploitable.

Troisième partie : la présentation des résultats

1. La présentation de la population des sages-femmes (SF), des chefs de clinique (CCA) et des gynécologues-obstétriciens (GO)

La population source de l'étude était composée de 124 professionnels de santé dont 97 sages-femmes, 6 chefs de clinique en gynécologie-obstétrique et 21 gynécologues-obstétriciens.

J'ai récupéré les questionnaires de 112 professionnels de santé dont 93 sages-femmes, 6 chefs de clinique en gynécologie-obstétrique et 13 gynécologues-obstétriciens.

Tous les questionnaires (112) ont pu être exploités. Lorsque les résultats concernent un effectif différent, cela est précisé par un « n ».

Au total, dans les 90,3% de la population source, il y a 95,9% de la population des sages-femmes et 70,4% de la population des chefs de clinique et des médecins.

%	Total	SF	CCA	GO
Etablissement 1	10,7	11,8	0	7,7
Etablissement 2	9,8	11,8	0	0
Etablissement 3	47,3	45,2	83,3	46,2
Etablissement 4	10,7	9,7	0	23,1
Etablissement 5	12,5	10,8	16,7	23,1
Etablissement 6	8,9	10,8	0	0
Total	100	100	100	100

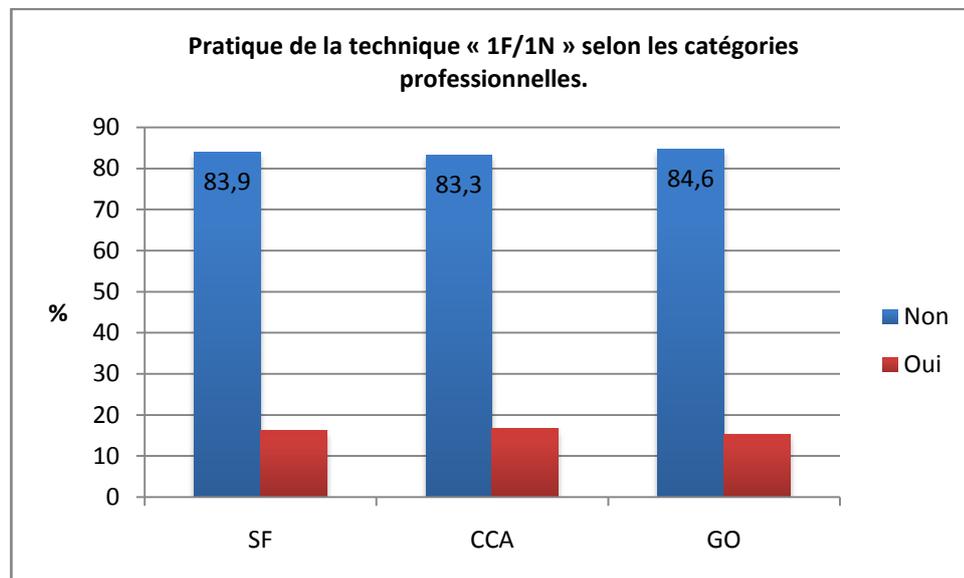
Pour plus de précision, les réponses des chefs de clinique sont séparées des gynécologues-obstétriciens quand elles vont dans des sens différents et regroupées dans le cas contraire.

Pour éviter la lourdeur des répétitions, « un fil, un nœud » sera exprimé de la façon suivante : « 1F/1N ».

- Age selon les catégories professionnelles :

La population de ces 112 professionnels est âgée en moyenne de 36,4 ans, avec un âge minimum de 22 ans et un âge maximum de 69 ans.

- Distribution des professionnels qui font et de ceux qui ne font pas la technique de suture « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :



La majorité des sages-femmes, des chefs de clinique et des gynécologues-obstétriciens ne pratiquent pas la méthode de suture «1F/1N ».

- Lieu de la formation initiale selon les catégories professionnelles :

% (n=109)	SF	GO+CCA
Etudes à Limoges	68,8	81,3
Etudes hors région	31,2	18,7

La plupart des professionnels travaillant en région Limousin a effectué ses études dans cette même région.

- Activité exercée auparavant dans un autre établissement selon les catégories professionnelles :

%	SF	CCA+GO
Non	45,2	42,1
Oui	54,8	57,9

Globalement, un professionnel sur deux a déjà exercé ailleurs.

- Répartition de la pratique « 1F/1N » selon l'existence d'une activité antérieure hors Limousin :

%	Exercice dans l'établissement uniquement	Autre lieux d'exercice
Ne pratique pas 1F/1N	86	83,9
Pratique 1F/1N	14	16,1

Il n'y a pas de différence sur la pratique de la suture « 1F/1N » qu'ils aient exercé ou non dans le même établissement.

- Ancienneté de l'activité obstétricale selon les catégories professionnelles :

% (n=111)	SF	CCA	GO
< ou = 10 ans	49,6	83,3	25
> 10 ans	50,5	16,7	75

Une sage-femme sur deux et la majorité des chefs de clinique ont moins de dix ans de pratique. Les gynécologues-obstétriciens ont, pour les trois quart, plus de 10 ans d'expérience.

- Distribution de la pratique « 1F/1N » selon l'ancienneté :

% (n=111)	Ne pratique pas 1/1	Pratique 1/1
< ou = 10 ans	52,1	29,4
>10 ans	47,9	70,6

Chez ceux qui pratiquent, la majorité a plus de 10 ans d'activité (tendance : $p=0,08$).

- Connaissances des recommandations concernant la pratique des sutures d'épisiotomie en général selon les catégories professionnelles :

%	SF	CCA	GO
Non	68,8	100	69,2
Oui	31,2	0	30,8

La majorité de ces professionnels ne connaît pas l'existence des recommandations pour la pratique clinique des sutures d'épisiotomie en général.

- Les catégories professionnelles ayant déjà entendu parler de la technique « 1F/1N » :

%	SF	CCA	GO
Non	2,2	0	15,4
Oui	97,8	100	84,6

La majorité de ces professionnels connaît l'existence de la technique de suture « 1F/1N ».

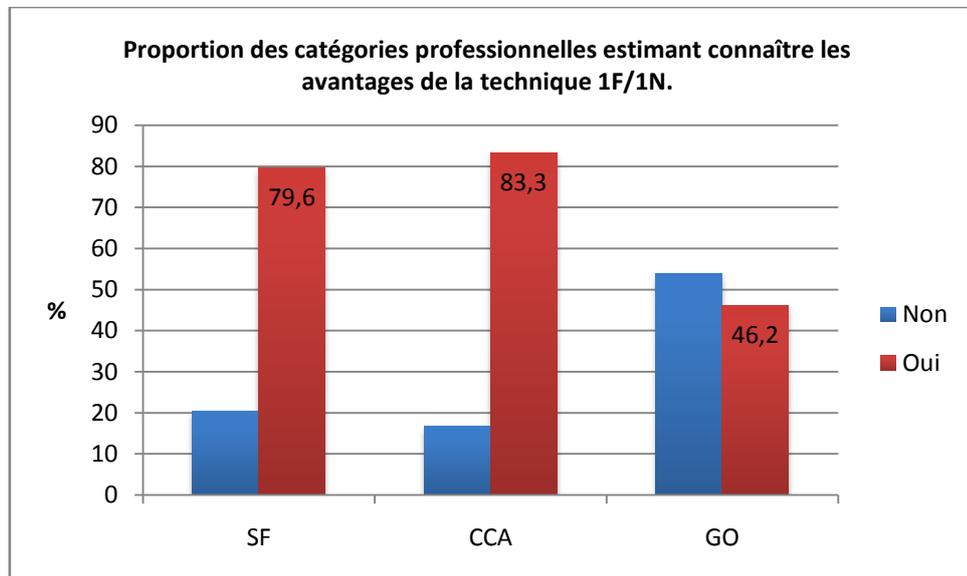
- Connaissance théorique de la technique « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

%	SF	CCA	GO
Non	6,5	0	23,1
Oui	93,5	100	76,9

La majorité des professionnels sait comment réaliser de manière théorique la suture « 1F/1N ».

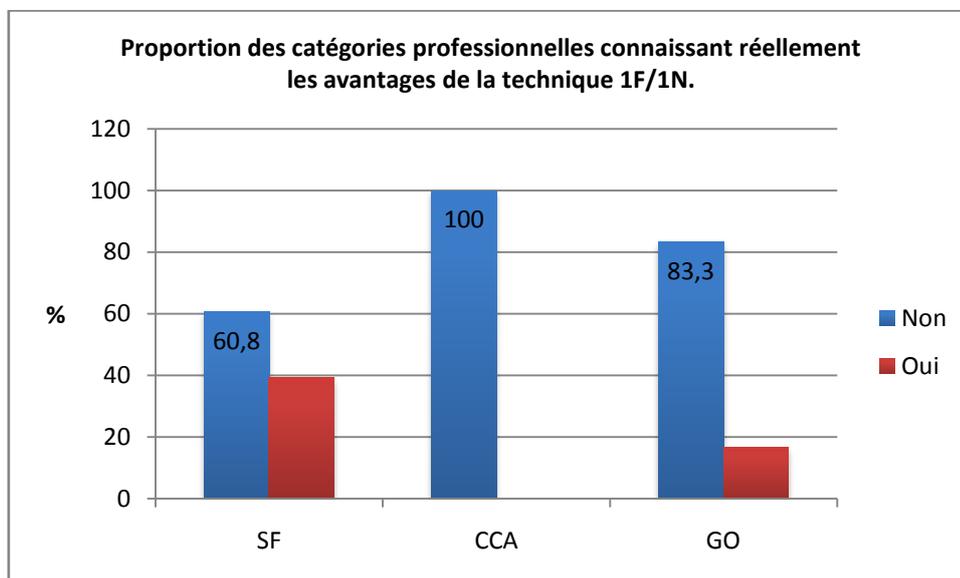
- Connaissance des avantages de la technique de suture « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

→ Résultats des réponses directes des professionnels (avis personnel) :



La majorité des sages-femmes et des chefs de clinique estime connaître les avantages de cette technique, alors qu'un gynécologue-obstétricien sur deux pense ne pas avoir de connaissances à ce sujet.

→ Résultats de l'évaluation notée des professionnels ayant répondu oui à la question précédente (n=85). (Les connaissances sont supposées acquises lorsque le professionnel a 5 réponses justes sur les 7 posées) :



La majorité des professionnels ne connaît finalement pas les avantages réels de la technique.

- Connaissance des inconvénients de la technique de suture « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

→ Réponse directe des professionnels sur leur connaissance des inconvénients de la technique « 1F/1N » (avis personnel) :

	SF (%)	CCA (%)	GO (%)	n total
Non	30,1	0	38,462	32
Oui	69,9	100	61,5	80

La majorité des sages-femmes, des chefs de clinique et des gynécologues-obstétriciens pense connaître les inconvénients de cette technique.

→ Résultats de l'évaluation notée des professionnels. (Les connaissances sont supposées acquises lorsque le professionnel a 2 réponses justes sur les 3 posées) :

% (n=80)	SF	CCA	GO
Non	31,8	16,7	25
Oui	68,2	83,3	75

La majorité des professionnels connaît les inconvénients de la suture « 1F/1N ».

- Connaissance des inconvénients de la technique de suture en trois plans selon les catégories professionnelles :

→ Réponse directe des professionnels sur leur connaissance des inconvénients de la technique en trois plans (avis personnel) :

	SF (%)	CCA (%)	GO (%)	n total
Non	22,6	0	46,2	27
Oui	77,4	100	53,8	85

Globalement, la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens pense connaître les inconvénients de cette technique.

→ Résultats de l'évaluation notée des réponses des professionnels. (Les connaissances sont supposées acquises lorsque le professionnel a 3 réponses justes sur les 5 posées) :

% (n=85)	SF	CCA	GO
Non	44,4	100	28,6
Oui	55,6	0	71,4

La majorité des chefs de clinique ne connaît pas les inconvénients. Chez les sages-femmes, environ la moitié d'entre elles les connaît ainsi que trois-quarts des gynécologues-obstétriciens.

- Recherches effectuées par les professionnels sur les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) :

→ Recherche d'informations sur les RPC selon les catégories professionnelles :

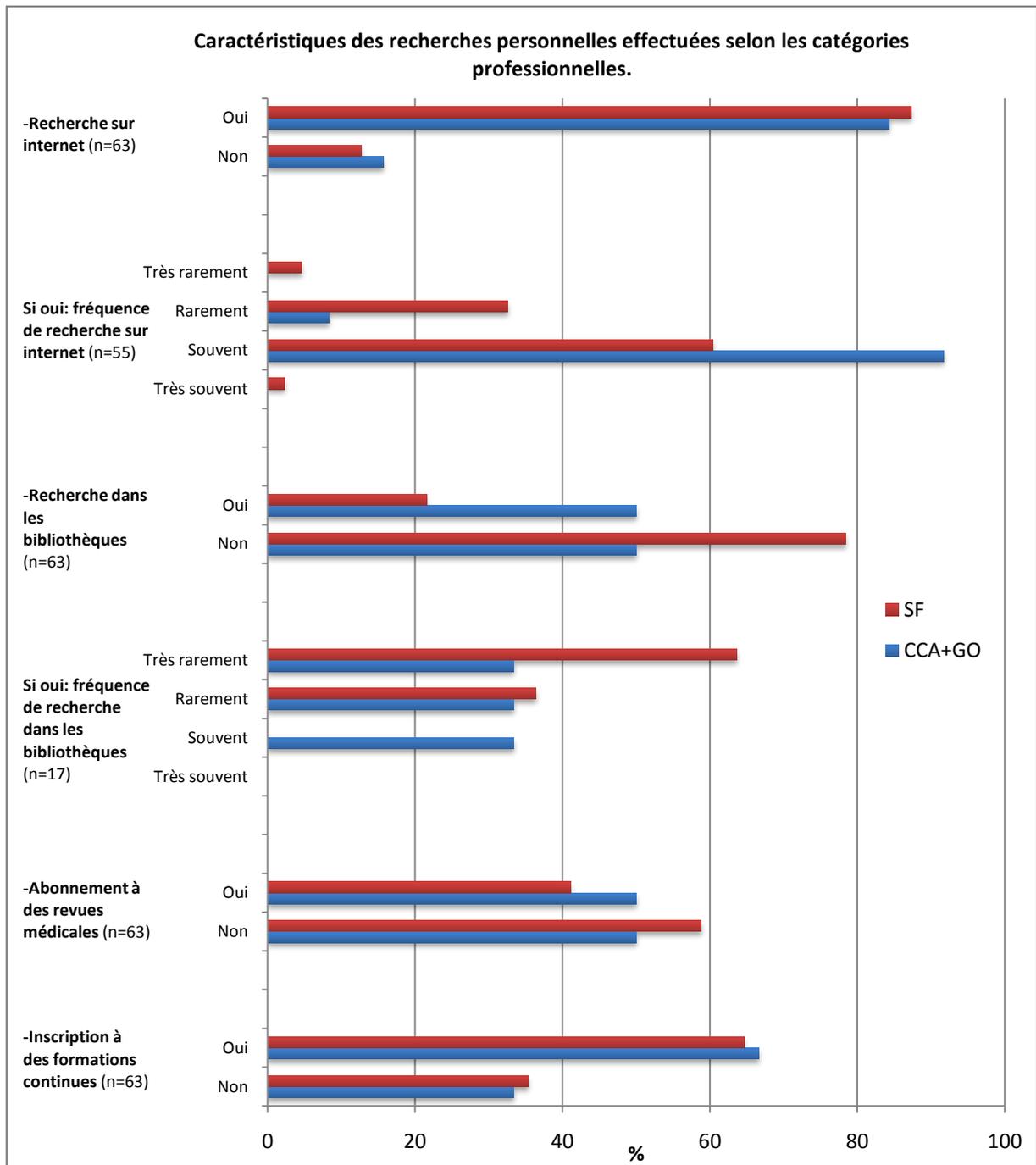
%	SF	CCA+GO
Oui	55,9	63,2

La moitié des sages-femmes et la majorité des médecins recherchent des informations relatives aux RPC.

- Recherche personnelle d'informations relatives aux RPC selon les catégories professionnelles :

% (n=64)	SF	CCA+GO
Oui	98,1	100

La majorité des sages-femmes et des médecins recherche de façon personnelle des informations relatives aux RPC.

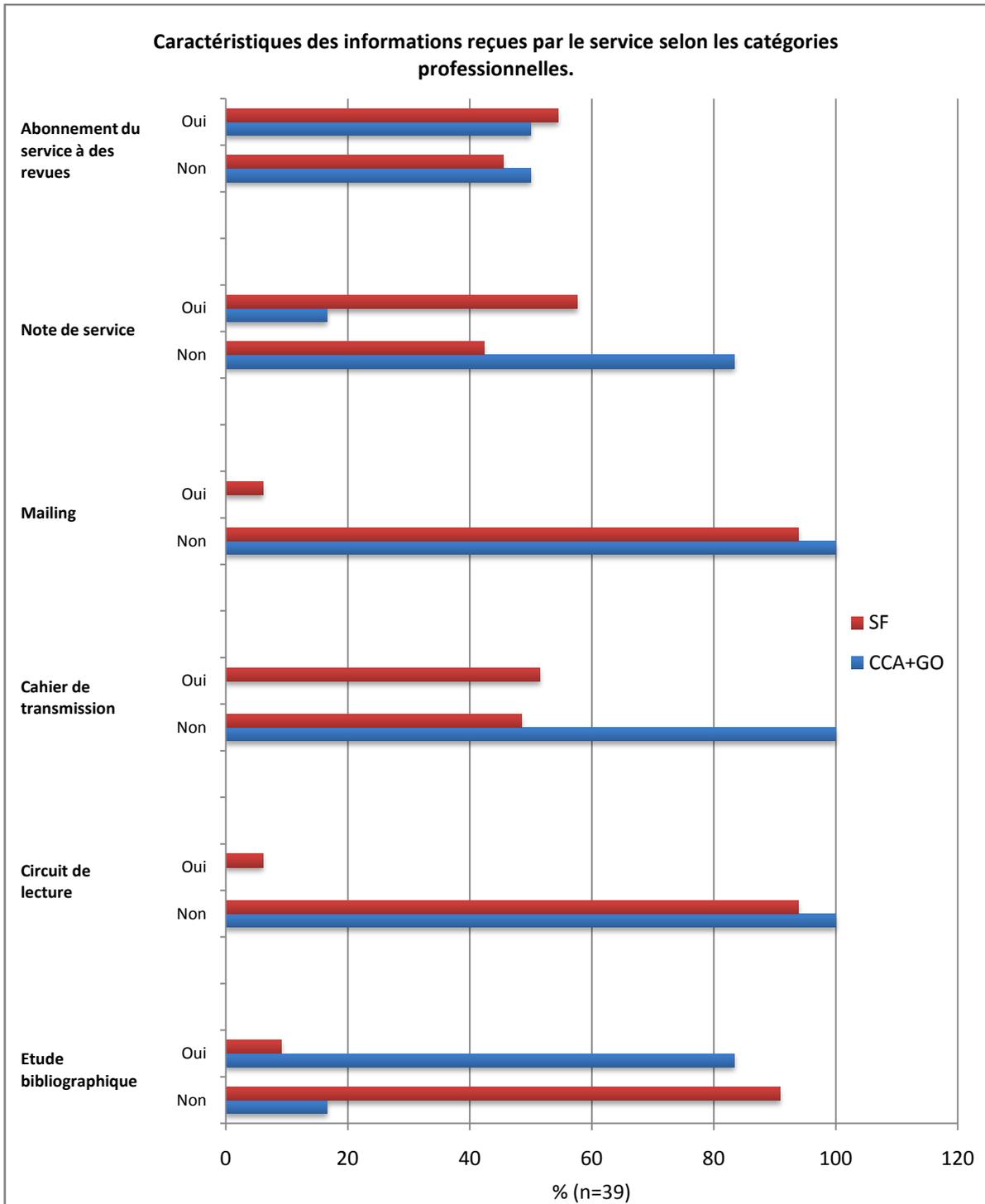


La majorité des sages-femmes et des médecins recherche des informations relatives aux RPC essentiellement via internet d'une part et via les communications lors des formations continues d'autre part.

- Informations sur les RPC reçues par le service selon les catégories professionnelles :

% (n=64)	SF	CCA+GO
Oui	63,462	50

La majorité des sages-femmes ainsi qu'un médecin sur deux reçoivent des informations relatives aux RCP par l'intermédiaire du service dans lequel ils travaillent.



La majorité des sages-femmes reçoit des informations relatives aux RPC grâce à des revues professionnelles auxquelles le service est abonné, par des notes de service et par un cahier de transmission.

L'utilisation du cahier de transmission comme moyen d'information est significativement plus importante chez les sages-femmes que chez les médecins ($p=0,0267$).

La majorité des médecins obtient ces informations grâce aux présentations d'études bibliographiques.

L'utilisation de ce moyen d'information est significativement plus important chez les médecins que chez les sages-femmes ($p=0,0005$).

2. La population des sages-femmes (SF), des chefs de clinique (CCA) et des gynécologues obstétriciens (GO) ne pratiquant pas la suture « un fil, un nœud »

- Etude de l'apprentissage de la méthode « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

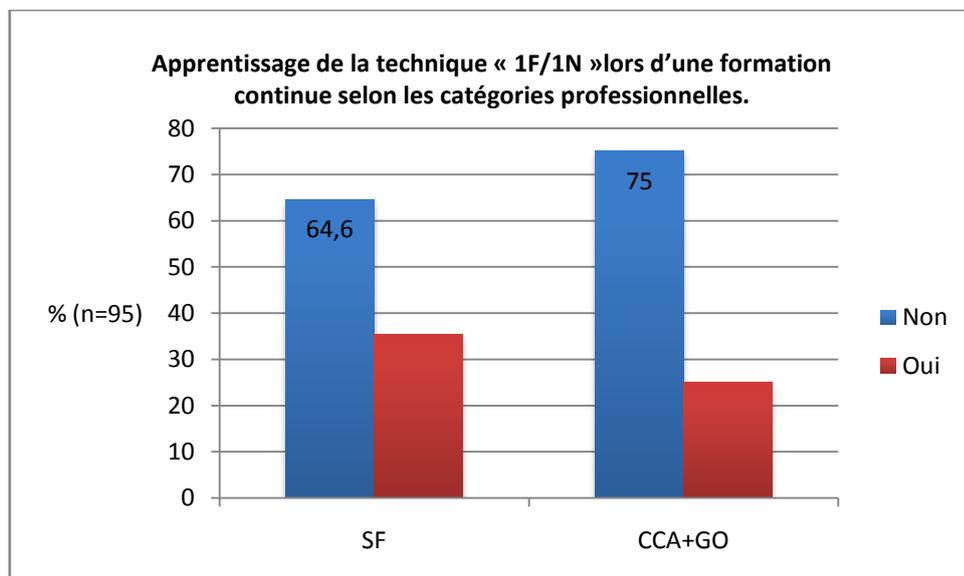
→ Pendant la formation initiale :

% (n=95)	SF	CCA	GO
Non	92,4	20	72,7
Oui	7,6	80	27,3

La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens qui ne pratique pas la suture « 1F/1N » ne l'a pas apprise lors de la formation initiale, à l'inverse des chefs de clinique.

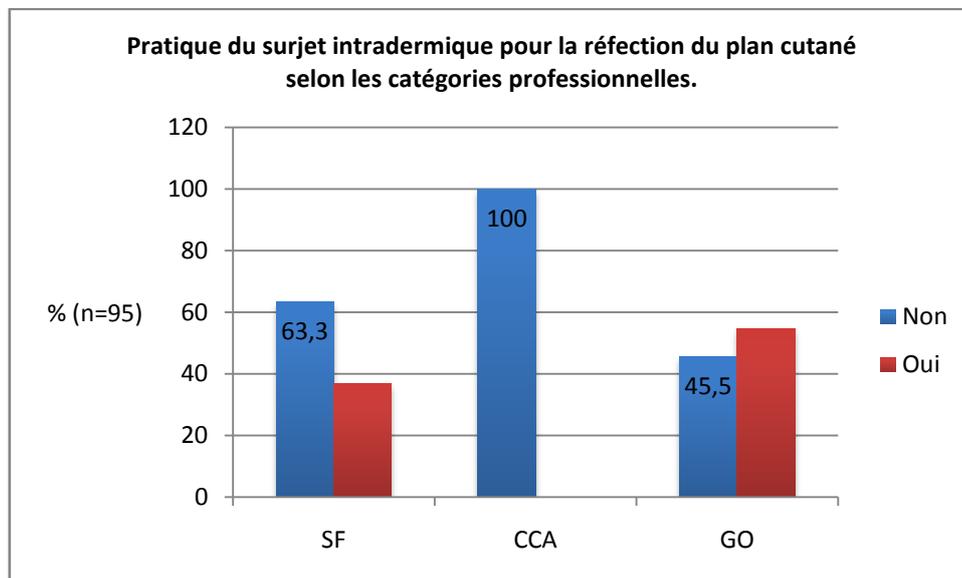
L'apprentissage de cette méthode pendant la formation initiale est significativement plus important chez les médecins réunis que chez les sages-femmes ($p=0,0010$).

→ Pendant la formation continue :



La majorité des sages-femmes et des médecins n'a pas appris cette suture dans le cadre de la formation continue.

- Pratique du surjet intradermique pour la réfection du plan cutané quelle que soit la technique employée selon les catégories professionnelles :



La majorité des sages-femmes et des chefs de clinique ne pratique pas de surjet intradermique pour la réfection du plan cutané, quelle que soit la technique de suture employée, à l'inverse des gynécologues-obstétriciens (54,5%).

→ Absence de pratique du surjet intradermique due à un manque de formation :

% (n=60)	SF	CCA+GO
Non	54	90
Oui	46	10

L'absence de pratique du surjet intradermique par la moitié des sages-femmes et de la majorité des médecins n'est pas due à un manque de formation.

Cette absence de pratique du surjet intradermique à cause d'un manque de formation est significativement plus important pour les sages-femmes que pour les autres catégories professionnelles ($p=0,04$).

→ Absence de pratique du surjet intradermique due à un oubli de la méthode :

% (n=60)	SF	CCA+GO
Non	66	90
Oui	34	10

Chez la majorité des sages-femmes et des médecins, l'absence de pratique du surjet intradermique n'est pas due à un oubli de la méthode.

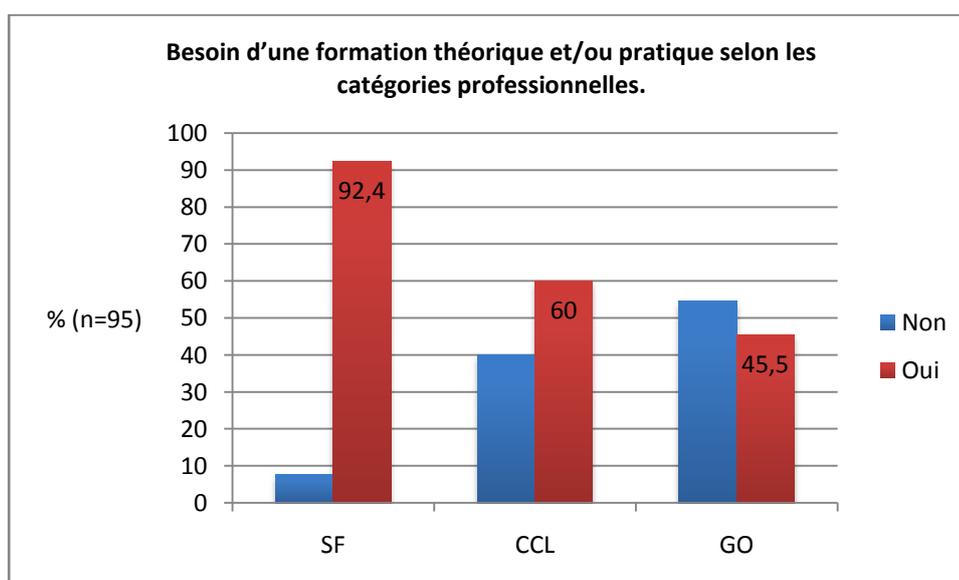
→ Absence de pratique du surjet intradermique par manque d'intérêt :

% (n=60)	SF	CCA+GO
Non	76	20
Oui	24	80

La majorité des médecins ne pratiquant pas de surjet intradermique pour la réfection du plan cutané n'y voit pas d'intérêt, à l'inverse des sages-femmes.

Cette absence de pratique du surjet intradermique par manque d'intérêt est significativement plus important pour les CCA et les GO que pour les SF ($p=0,0014$).

- Le besoin d'une formation théorique et/ou pratique pour l'acquisition de la technique « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :



Le besoin d'une formation théorique et/ou pratique pour l'acquisition de la technique « 1F/1N » est significativement plus important pour les sages-femmes que pour les autres catégories professionnelles ($p=0,0002$).

→ Besoin d'une formation à l'aide du compagnonnage (médecin, interne, sage-femme) :

% (n=81)	SF	CCA	GO
Non	24,7	100	40
Oui	75,3	0	60

La majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens a besoin d'une formation théorique et/ou pratique par le compagnonnage, pour l'acquisition de cette technique de suture, à l'inverse des chefs de clinique.

→ Besoin d'une formation organisée :

% (n=81)	SF	CCA	GO
Non	41,1	66,7	40
Oui	58,9	33,3	60

La plupart des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens a besoin de la création d'une formation pour l'acquisition de cette technique, à l'inverse des chefs de clinique.

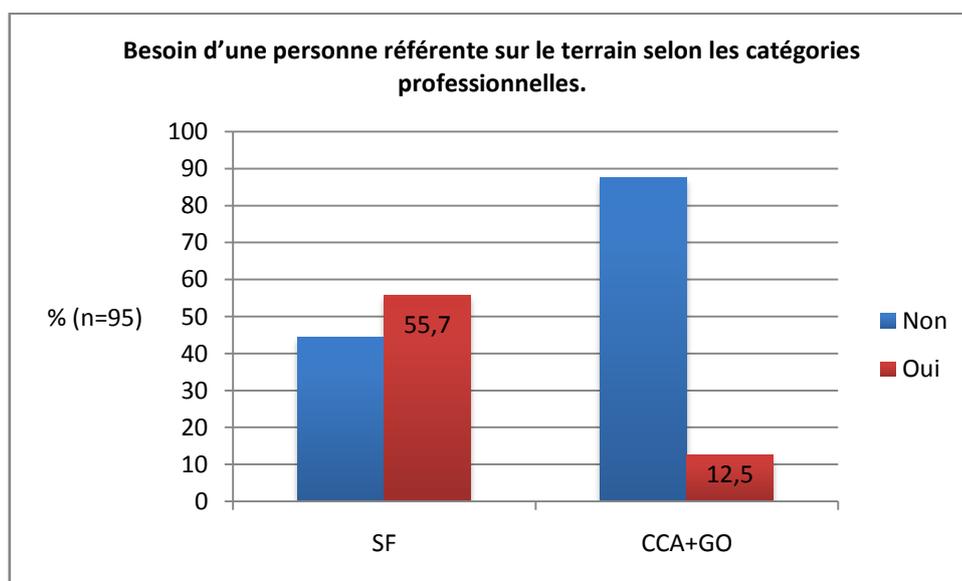
→ Préfère apprendre avec des moyens personnels (support, écrit, entraînement...) :

% (n=81)	SF	CCA+GO
Non	86,3	37,5
Oui	13,7	62,5

La majorité des médecins a besoin d'une formation autonome, avec des moyens personnels, à l'inverse des sages-femmes.

Ce besoin d'une formation autonome pour l'acquisition de la technique « 1F/1N » est significativement plus important pour les CCA et les GO que pour les SF ($p=0,0046$).

- Le besoin d'une personne référente pour l'apprentissage de la technique de suture « 1F/1N » sur le terrain :



La majorité des sages-femmes a besoin d'une personne référente pour l'apprentissage de cette méthode, à l'inverse des médecins.

Le besoin d'une personne référente est significativement plus important pour les sages-femmes que pour les autres catégories professionnelles ($p=0,0016$).

→ Sage-femme praticienne comme personne référente :

% (n=46)	SF	CCA+GO
Non	4,5	50
Oui	95,5	50

La majorité des sages-femmes et un médecin sur deux souhaite une sage-femme praticienne comme personne référente pour l'apprentissage de cette méthode.

→ Médecin comme personne référente :

% (n=46)	SF	CCA+GO
Non	56,8	0
Oui	43,2	100

La moitié des sages-femmes et la majorité des médecins souhaitent un médecin comme personne référente pour l'apprentissage de cette méthode.

- Connaissance des corps de métiers pratiquant la suture « 1F/1N » dans le service selon les catégories professionnelles :

→ Pratique de cette technique de suture par des sages-femmes :

% (n=93)	SF	CCL+GO
Non	44,3	42,9
Oui	55,7	57,1

Globalement, la moitié des sages-femmes et des médecins a dans son établissement une sage-femme qui pratique la technique de suture « 1F/1N ».

→ Pratique de cette technique de suture par des médecins :

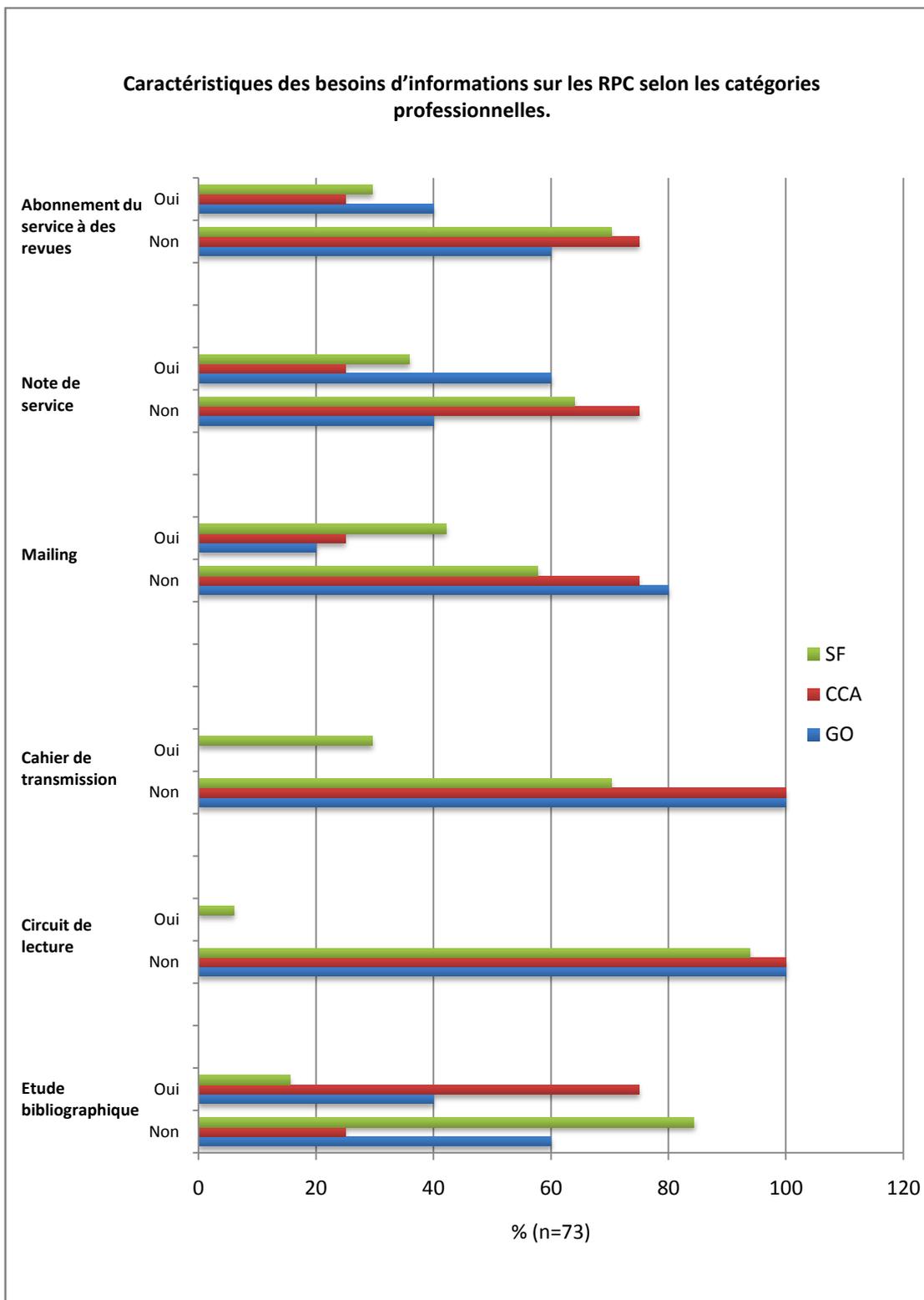
% (n=94)	SF	CCL+GO
Non	77,2	80
Oui	22,8	20

La majorité des sages-femmes et des médecins n'a pas dans son établissement, un médecin qui pratique la technique de suture « 1F/1N ».

- Le besoin d'une diffusion d'informations sur les recommandations en général selon les catégories professionnelles :

% (n=95)	SF	CCA	GO
Non	19	20	54,5
Oui	81	80	45,5

La majorité des sages-femmes et des chefs de clinique ainsi que la moitié des gynécologues-obstétriciens ont besoin d'une diffusion d'informations sur les recommandations en général.

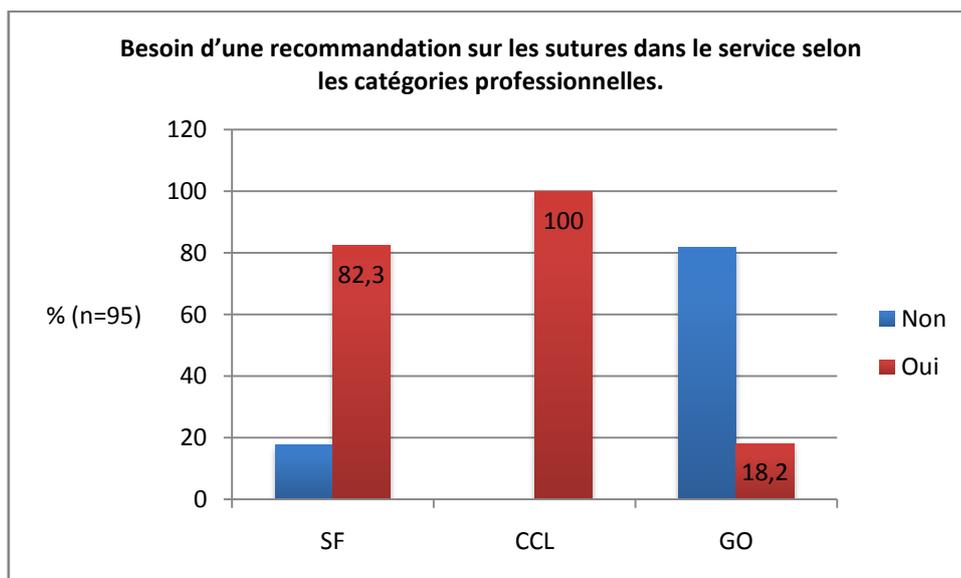


Chez les sages-femmes rien ne se dégage en termes de préférence de moyens et de supports pour la diffusion des recommandations en général.

La majorité des chefs de clinique préfère utiliser les études bibliographiques pour la diffusion des recommandations en général.

La majorité des gynécologues-obstétriciens a besoin de notes de service pour la diffusion d'informations sur les recommandations en général.

- Le besoin d'une recommandation sur les sutures dans le service selon les catégories professionnelles :



La majorité des sages-femmes et des chefs de clinique a besoin d'une recommandation sur les sutures dans le service, à l'inverse des gynécologues-obstétriciens.

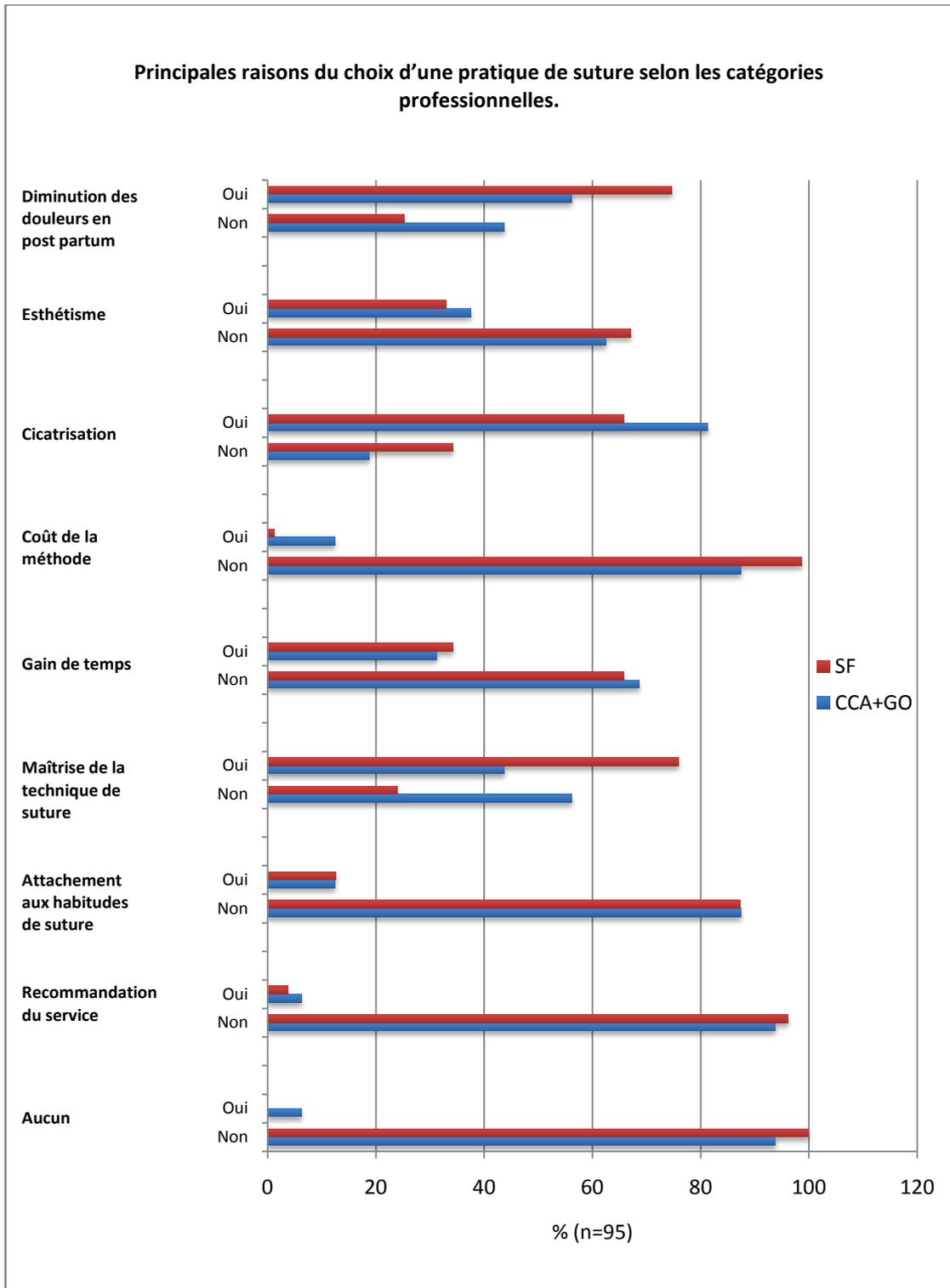
Le besoin d'une recommandation sur les sutures dans le service est significativement plus important pour les sages-femmes que pour les autres catégories professionnelles ($p=0,0025$).

- Opinion favorable à la technique « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

% (n=95)	SF	CCA+GO
0-3	10,1	31,2
4-6	60,8	68,8
7-10	29,1	0

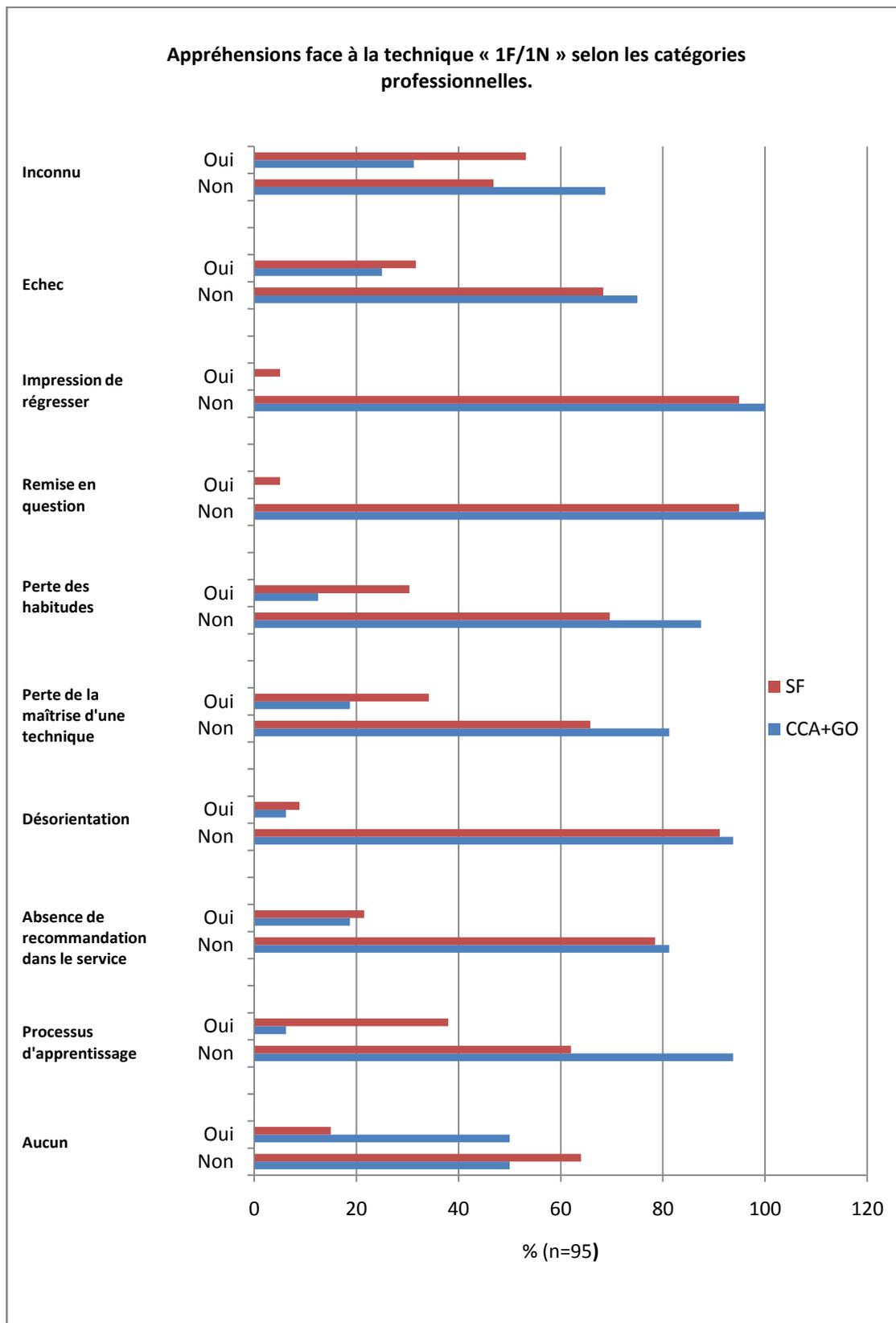
La majorité des sages-femmes et des médecins ont un point de vue partagé sur la technique « 1F/1N ».

- Les trois principales raisons du choix de la pratique d'une suture selon les catégories professionnelles :



Les trois principales raisons du choix d'une technique de suture pour la majorité des sages-femmes et des médecins sont : la diminution des douleurs en post-partum, la cicatrisation et la maîtrise de la technique de suture employée.

- Les trois principales appréhensions liées au changement de technique vers la suture « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :



Les trois principales appréhensions liées au changement de technique de suture pour la majorité des sages-femmes sont : l'inconnu, la perte de la maîtrise d'une technique et le processus d'apprentissage de la méthode.

Pour les médecins : l'inconnu et l'échec sont les appréhensions principales.

A noter qu'un médecin sur deux n'a aucune appréhension.

- La volonté de changer de technique après avoir reçu une formation selon les catégories professionnelles :

% (n=95)	SF	CCA+GO
0-3	5,1	43,7
4-6	44,3	56,3
7-10	50,6	0

La majorité des sages-femmes a envie de pratiquer la technique de suture « 1F/1N » après avoir reçu une formation, à l'inverse des médecins qui restent partagés sur cette méthode.

3. La population des sages-femmes (SF), des chefs de clinique (CCA) et des gynécologues obstétriciens (GO) pratiquant la suture « un fil, un nœud »

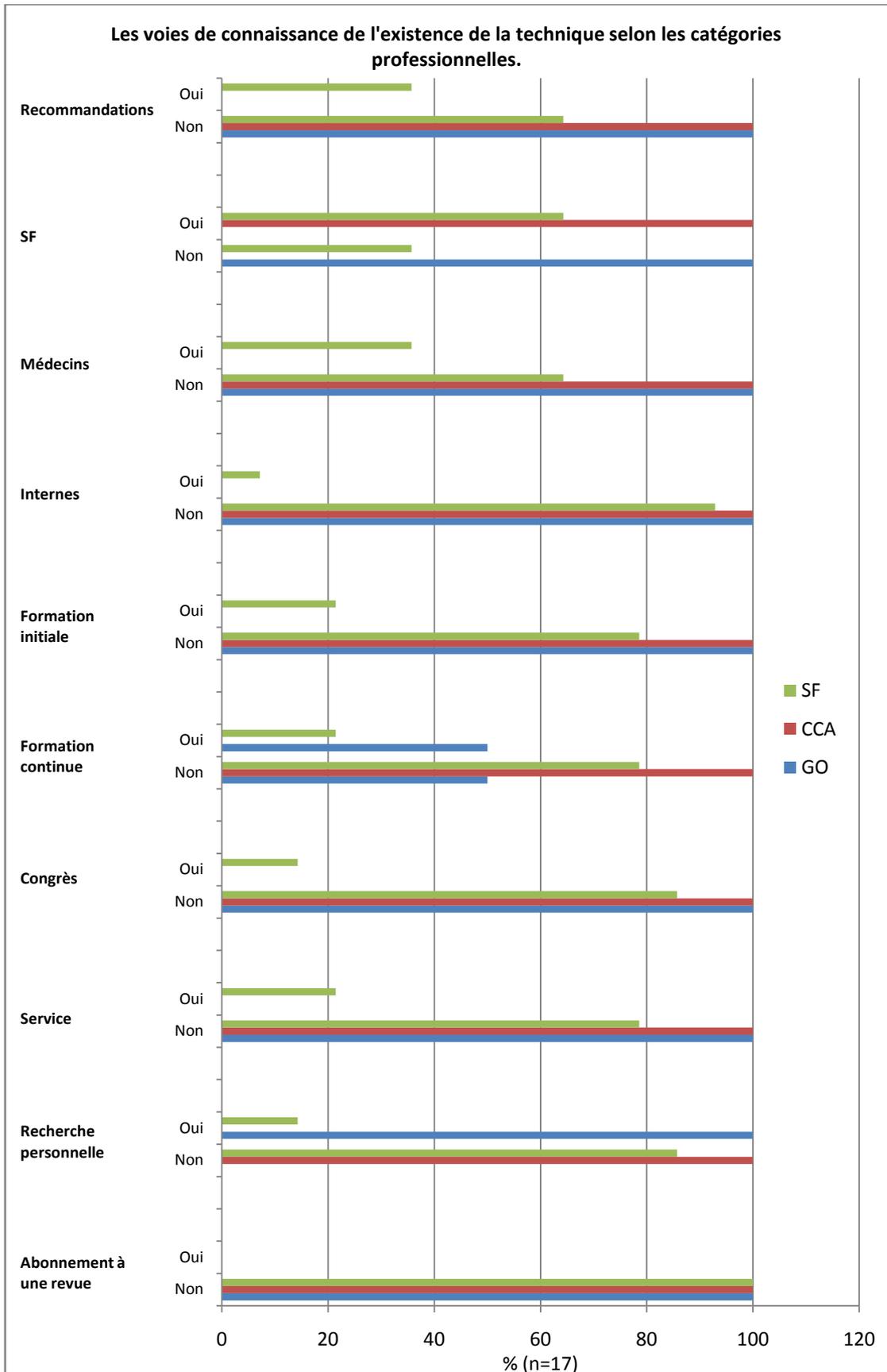
Ils sont 17 professionnels (soit 15,2%) en Limousin à avoir changé de pratique répartis de la manière suivante : 14 sages-femmes (soit 12,5%), 1 chef de clinique (soit 0,9%) et 2 gynécologues-obstétriciens (soit 1,8%).

(n=17)	Nombre total	SF	CCA	GO	Total de la population pratiquant 1F/1N par établissement (%)
Etablissement 1	1	1	0	0	8,3
Etablissement 2	5	5	0	0	45,5
Etablissement 3	5	4	0	1	9,4
Etablissement 4	2	1	0	1	16,7
Etablissement 5	3	2	1	0	21,4
Etablissement 6	1	1	0	0	10
Total	17	14	1	2	

- Ancienneté de la pratique :

Les sages-femmes, chefs de clinique et gynécologues obstétriciens qui pratiquent la suture « 1F/1N » le font en moyenne depuis 4,8 ans, avec un minimum de 1 mois et un maximum de 11 ans.

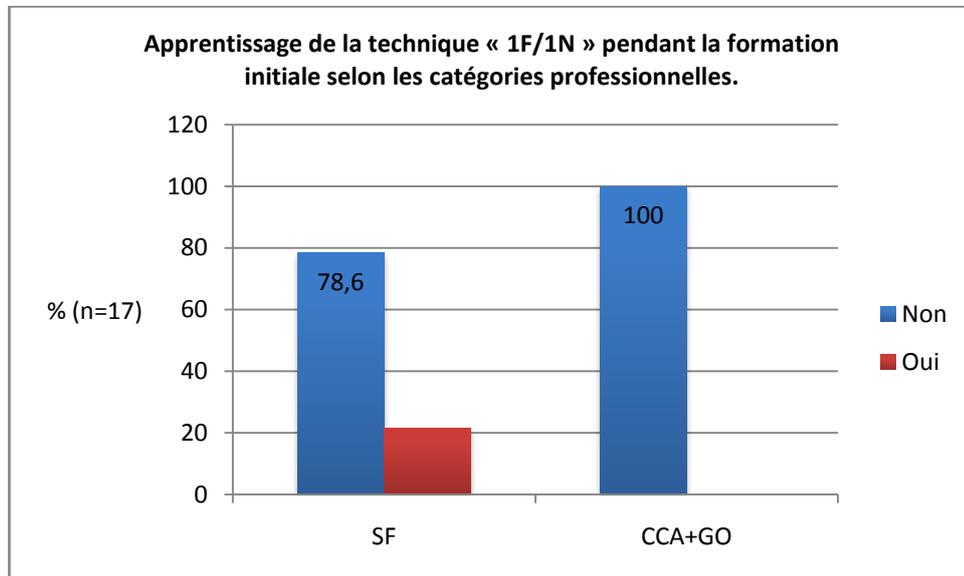
- Les voies de connaissance de l'existence de la technique en fonction des catégories professionnelles :



La majorité des sages-femmes et des chefs de clinique a eu connaissance de la technique « 1F/1N » par d'autres sages-femmes. La majorité des gynécologues-obstétriciens qui pratique, a appris l'existence de cette technique en faisant des recherches personnelles.

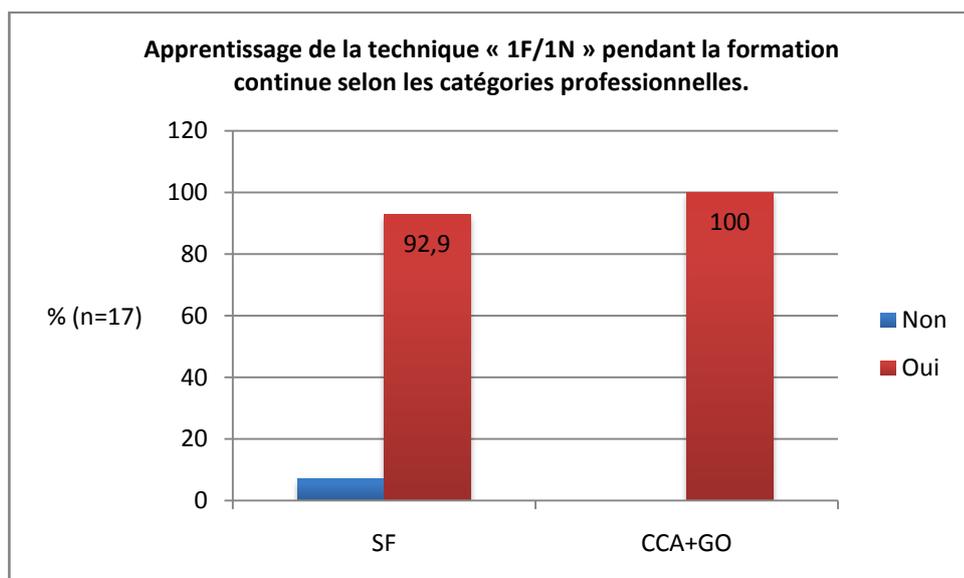
- Etude de l'apprentissage de la méthode « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

→ Pendant la formation initiale :



La majorité des sages-femmes et des médecins n'a pas appris cette méthode pendant la formation initiale.

→ A l'occasion d'une formation continue :



La majorité des sages-femmes et des médecins a appris cette méthode lors de la formation continue. Certaines sages-femmes ont bénéficié des deux (14,3%).

- Les moyens d'apprentissage de la technique de suture « 1F/1N » selon les catégories professionnelles :

→ Moyens personnels (support vidéo, écrit, entraînement...) :

% (n=17)	SF	CCA+GO
Non	64,3	0
Oui	35,7	100

La majorité des médecins a appris à suturer avec cette technique avec des moyens personnels, à l'inverse des sages-femmes.

→ Dans le cadre d'une formation :

% (n=17)	SF	CCA+GO
Non	78,6	100
Oui	21,4	0

La majorité des sages-femmes et des médecins n'a pas appris à suturer avec cette technique lors de formations.

→ Par le compagnonnage (médecin, interne, sage-femme) :

% (n=17)	SF	CCA+GO
Non	28,6	100
Oui	71,4	0

La majorité des sages-femmes a appris à suturer avec cette technique grâce au compagnonnage, à l'inverse des médecins.

- Connaissance des corps de métiers pratiquant la suture « 1F/1N » dans le service selon les catégories professionnelles :

→ Pratique de cette technique de suture par des sages-femmes :

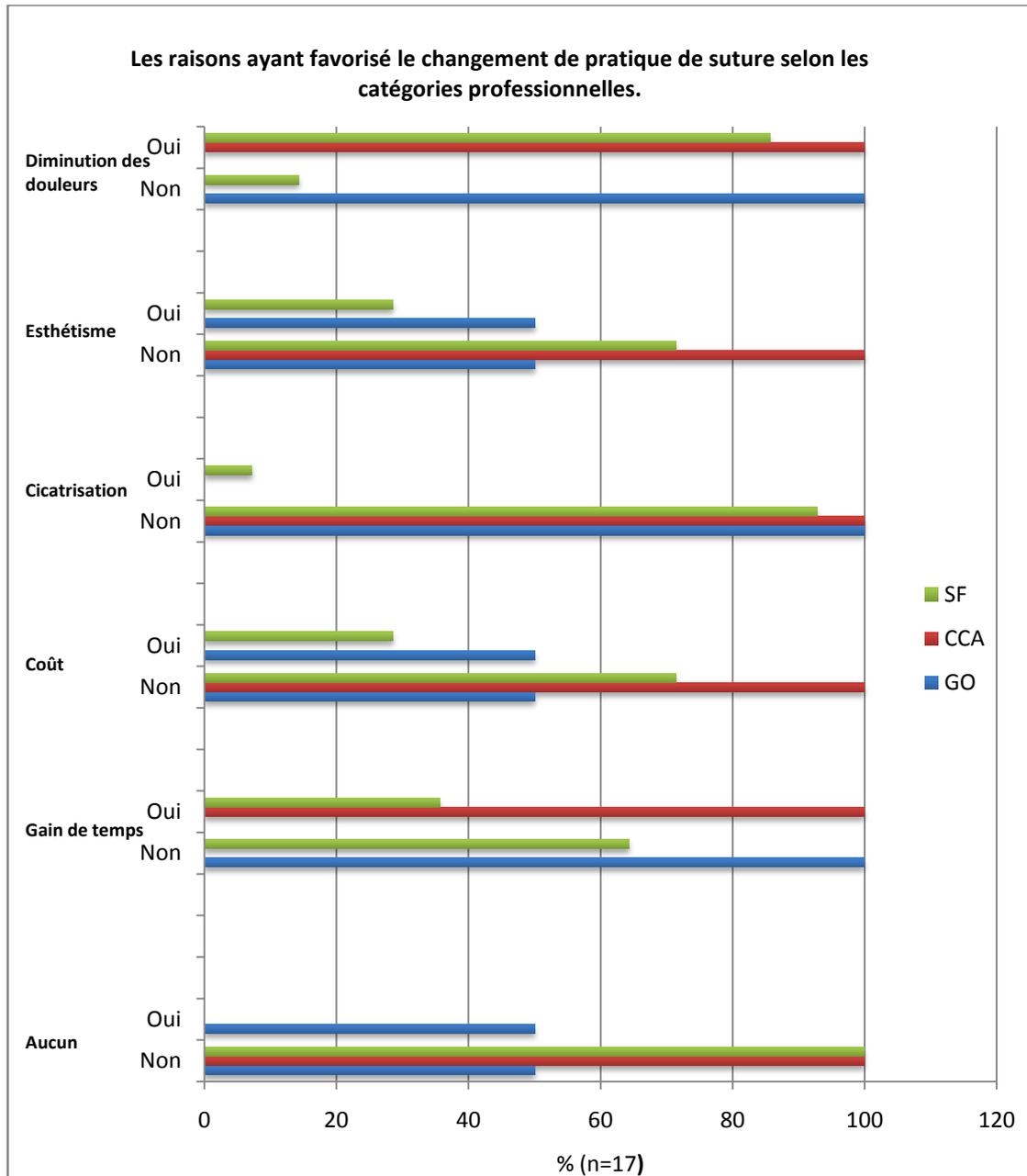
% (n=17)	SF	CCA+GO
Non	28,6	66,7
Oui	71,4	33,3

→ Pratique de cette technique de suture par des médecins :

% (n=17)	SF	CCA+GO
Non	71,4	33,3
Oui	28,6	66,7

Il y a une incohérence des résultats entre les deux catégories professionnelles. De plus, au sein d'un même établissement, les résultats présentaient cette même incohérence.

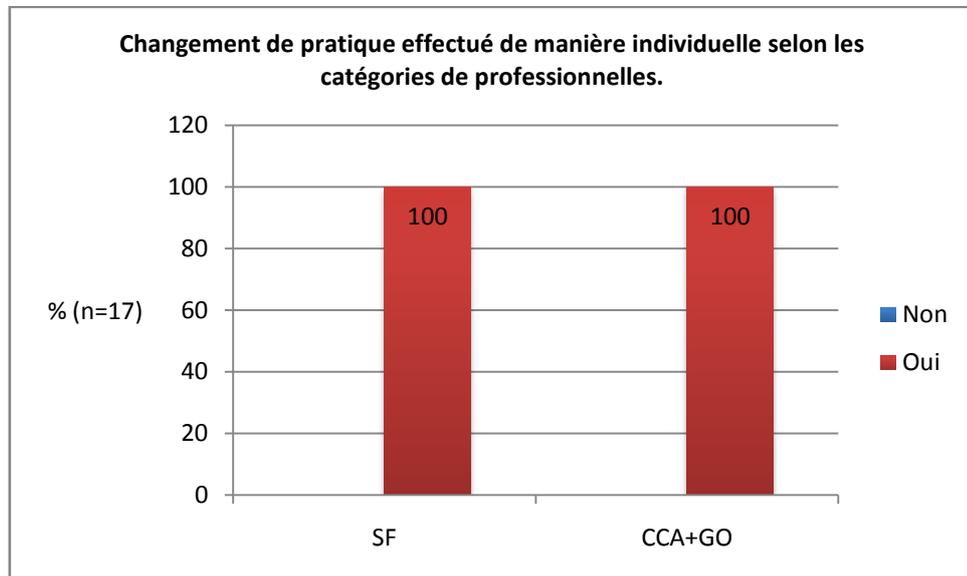
- Les deux principales raisons ayant favorisé le changement de technique de suture selon les catégories professionnelles :



Les deux principales raisons ayant incité les sages-femmes et les chefs de clinique à changer de méthode de suture vers la technique « 1F/1N » sont : la diminution des douleurs en post-partum et la satisfaction personnelle de savoir la réaliser.

Pour la majorité des gynécologues-obstétriciens, les motivations au changement de pratique sont le côté esthétique et le gain de temps. Le fait de n'avoir aucune motivation pour le changement a aussi été évoqué dans les mêmes proportions (50%).

- Changement de pratique effectué de manière individuelle selon les catégories professionnelles :



Toutes les sages-femmes et tous les médecins pratiquant la technique de suture « 1F/1N » ont effectué ce changement de pratique de manière individuelle et personnelle.

Quatrième partie : la vérification des hypothèses et la discussion

1. La vérification des hypothèses

L'objectif de cette étude était de sensibiliser les professionnels à l'existence de la technique de suture « un fil, un nœud » et de repérer les motivations et les freins au changement de pratique de suture malgré les recommandations du CNGOF de 2005.

1.1. L'hypothèse principale

Comme mon étude le prouve, la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin n'a pas eu l'opportunité d'apprendre à suturer les épisiotomies avec la technique « un fil, un nœud », ainsi mon hypothèse principale est vérifiée. Sur la population totale, 85,7% des professionnels n'ont pas appris à suturer les épisiotomies avec cette technique pendant leur formation initiale et 57,1% d'entre eux n'ont pas appris durant leur formation continue.

1.2. Les hypothèses secondaires

La première hypothèse secondaire était que la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ne connaît pas l'existence de la technique de suture « un fil, un nœud ».

Cette hypothèse est infirmée car 96,4% des professionnels ont déjà entendu parler de cette technique. Nous savons aussi que 92% de ces mêmes professionnels pensent connaître de manière théorique la réalisation de cette technique. Pourtant, les professionnels qui l'utilisent sont seulement 15,2% en Limousin.

La deuxième hypothèse secondaire était que la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens ne connaît pas les avantages de la technique de suture « un fil, un nœud ».

Cette hypothèse est confirmée car les résultats de l'évaluation notée des professionnels ont montré qu'ils n'en connaissaient pas les avantages (60,8% des sages-femmes, 100% des chefs de clinique et 83,3% des gynécologues-obstétriciens). Or, 79,6% des sages-femmes, 83,3% des chefs de clinique et 46,2% des gynécologues-obstétriciens pensaient les connaître.

La troisième hypothèse secondaire était que la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens n'a pas connaissance du contenu des recommandations du CNGOF pour la réfection des épisiotomies.

Cette hypothèse est vérifiée car 68,8% des sages-femmes, 100% des chefs de clinique et 69,2% des gynécologues-obstétriciens affirment ne pas connaître les recommandations pour la pratique clinique des sutures d'épisiotomie en général.

La quatrième hypothèse secondaire était que la majorité des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens qui n'utilise pas la technique « un fil, un nœud » ne maîtrise pas la technique du surjet intradermique.

Cette hypothèse est partiellement confirmée car 63,3% des sages-femmes, 100% des chefs de clinique et 45,5% des médecins n'utilisent jamais le surjet intradermique pour la réfection du plan cutané, quelle que soit la technique de suture employée. Les médecins sont nombreux (80%) à ne pas y voir d'intérêt ($p=0,0014$) contrairement aux sages-femmes. En ce qui concerne les sages-femmes, la moitié d'entre elles (46%) indique qu'elle n'a jamais appris cette technique lors de la formation initiale ou continue ($p=0,0401$) contrairement aux médecins. Ainsi la non maîtrise du surjet est retrouvée chez les sages-femmes uniquement.

La cinquième hypothèse secondaire était qu'il existe des caractéristiques communes chez les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens qui n'ont pas adopté la technique de suture « un fil, un nœud ».

Cette hypothèse n'est pas vérifiée car aucune différence significative n'a été retrouvée entre les sous populations qui pratiquent et celles qui ne pratiquent pas la technique de suture « un fil, un nœud ».

En revanche, il existe des différences significatives entre les sages-femmes et les médecins qui ne pratiquent pas cette technique.

En ce qui concerne l'apprentissage :

- Les sages-femmes n'ont pas appris la technique « un fil, un nœud » lors de leur formation initiale à l'inverse des médecins ($p=0,0010$) : tous les types de points de suture (y compris le surjet intradermique) sont appris aux médecins pendant leurs études.

- Le besoin chez les sages-femmes d'avoir une formation théorique et/ou pratique pour l'acquisition de la technique « un fil, un nœud » est significativement plus élevé que chez les médecins avec ($p=0,0002$).

De plus, pour se former, les médecins sont plus nombreux à préférer le compagnonnage ($p=0,0379$) et les moyens personnels ($p=0,0046$).

En ce qui concerne le besoin et le mode de diffusion d'informations sur les recommandations :

- Le besoin d'une diffusion d'informations sur les recommandations en général est significativement plus élevé chez les sages-femmes que chez les médecins ($p=0,0490$). Les médecins ont significativement davantage besoin d'une diffusion d'informations par l'intermédiaire d'études bibliographiques ($p=0,0148$).

- Le besoin d'une recommandation dans le service en ce qui concerne les sutures d'épisiotomies est significativement plus élevé chez les sages-femmes que chez les médecins avec $p=0,0025$.

En ce qui concerne les intérêts trouvés à la pratique d'une suture :

- Les sages-femmes ont un besoin significativement plus important de savoir maîtriser une méthode de suture pour l'adopter que les médecins ($p=0,0157$).

- Les sages-femmes ont davantage d'appréhension que les médecins en ce qui concerne le processus d'apprentissage de la méthode ($p=0,0172$).

Par ailleurs, on constate que, contrairement aux sages-femmes, les médecins n'ont aucune appréhension au changement ($p=0,0206$).

2. La discussion

Cette étude prouve que la technique « un fil, un nœud » est très peu réalisée par les professionnels en Limousin (15,2%). Chez ceux qui la pratiquent, la répartition selon les catégories professionnelles est homogène avec environ 20% de sages-femmes et de médecins.

Bien que la majorité connaisse l'existence de cette technique, la plupart des professionnels ne sait pas qu'il existe des Recommandations pour la Pratique Clinique à ce sujet.

D'autre part, le surjet intradermique est très peu utilisé par manque d'intérêt ou de maîtrise. Enfin, s'il n'y a pas de profil type de professionnel non enclin au changement de technique, notre étude met en exergue des différences significatives concernant l'apprentissage d'une technique de suture entre sages-femmes et médecins. L'analyse des résultats dégage d'autres conclusions.

2.1. Les méconnaissances

- Sur les supports utilisés par les services pour diffuser des informations dont les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) :

Dans cette étude, nous relevons que les professionnels ne connaissent pas les avantages de la technique « un fil, un nœud » alors qu'ils en connaissent parfaitement les inconvénients : il y a, à l'évidence, un défaut d'information sur les recommandations au sujet de cette technique. De plus, il existe également une méconnaissance concernant les RPC en général.

Les besoins en termes d'information ainsi que les moyens à proposer pour y accéder sont différents entre les catégories professionnelles.

- **Pour les sages-femmes** : seulement la moitié d'entre elles (55,9%) recherchent les RPC personnellement (via internet le plus souvent) ou par l'intermédiaire du service. La profusion des moyens d'information offerts par le service semble davantage éparpiller les connaissances que les consolider. En effet, cette étude a permis de constater qu'au sein d'un même établissement, les sages-femmes donnent des réponses très différentes quant aux supports utilisés par leur service. Il faudrait réduire le nombre de ces supports afin d'inciter les sages-femmes à les consulter de manière plus assidue et systématique.

- **Pour les médecins** : 69,2% d'entre eux s'informent au sujet des RPC de façon personnelle (via internet le plus souvent) ou par l'intermédiaire du service.

Les supports utilisés sont moins nombreux : abonnements du service à des revues, notes de service, mailing et recherches bibliographiques. On retrouve des préférences quant à l'usage de ces supports : les chefs de cliniques préfèrent utiliser les recherches bibliographiques tandis que la moitié des gynécologues-obstétriciens se tourne vers les notes de service.

Nous recommandons donc que le sujet de la technique de suture « un fil, un nœud » soit abordé lors des recherches bibliographiques afin de rappeler les avantages de

cette technique ainsi que les recommandations du CNGOF de 2005 : « *Il est recommandé, sous réserve d'une formation spécifique préalable, l'utilisation préférentielle d'un surjet continu à l'aide d'un fil synthétique résorbable pour la réparation de l'épisiotomie (Grade A). Cette technique ne doit être réservée qu'aux déchirures du deuxième degré et en l'absence de grands délabrements périnéaux (accord professionnel)* ». [2]

Le support proposé pour l'acquisition autonome de cette technique est la vidéo de la suture « un fil, un nœud » réalisé par G. Thery, C. Dekindt, D. Caute et D. Dallay disponible sur le site de l'université de Bordeaux Segalen. [7]

Cependant, il existe de nouvelles techniques d'enseignement basées sur la simulation par ordinateur ou sur mannequin qui semblent prometteuses. [19]

- Sur les habitudes du service :

Nous relevons que les sages-femmes et les médecins ne savent pas comment leurs collègues d'un même établissement suturent. Il y a des discordances dans leurs réponses à ce sujet. Défaut de communication ? Désintérêt des pratiques des autres professionnels ? Pourtant, chez les sages-femmes et les chefs de clinique qui pratiquent, le principal vecteur d'information sur la technique est le partage d'informations avec d'autres sages-femmes sur les RPC. L'harmonisation nécessaire d'un service et de ses pratiques va de pair avec une concertation de tous les professionnels d'un même service. L'observance des recommandations est à ce prix. En outre, les professionnels sont entre 80 et 100% à connaître l'existence de cette technique mais ne sont qu'à peine 16% à l'utiliser. Majoritairement, ceux qui pratiquent ont changé de technique avec une démarche personnelle. Il est aisé de penser qu'un protocole de service en la matière non seulement stimulerait les indécis et ceux qui manquent de motivation pour le changement mais aussi participerait à la cohésion du service.

2.2. Les intérêts pour le changement

Les motivations et les freins au changement sont également différents selon les catégories professionnelles.

- Les professionnels qui ne pratiquent pas la suture « un fil, un nœud » disent choisir une technique préférentiellement par intérêt personnel (la maîtrise d'une technique) ainsi que dans l'intérêt de la patiente (la diminution de la douleur en post-partum et l'esthétisme). Leur motivation n'est pas liée à un avantage pour l'établissement (coût de la technique employée par exemple). Leur appréhension commune reste « l'inconnu ».

- Les professionnels qui pratiquent la technique « un fil, un nœud » ont changé de technique pour des raisons différentes :
 - **pour les sages-femmes** : diminution des douleurs en post-partum et satisfaction personnelle.
 - **pour les médecins** : esthétique et gain de temps.

2.3. Le besoin de formation

Nous avons remarqué que le principal problème dû au non changement de pratique est l'absence d'information et surtout de formation. L'apprentissage lors de la formation initiale est quasi inexistant chez les sages-femmes (92,4%) et les gynécologues-obstétriciens (72,6%).

Les réponses des professionnels, interrogés sur leur préférence quant au mode d'apprentissage d'une technique de suture lors de la formation continue, nous a permis de tirer des conclusions qui sont différentes pour les sages-femmes et pour les médecins.

- Les sages-femmes demandent une formation théorique et pratique pour l'acquisition de la technique « un fil, un nœud » dans le cadre d'une formation organisée et d'un compagnonnage sur le terrain avec un autre collègue sage-femme ou médecin.
- Les médecins préfèrent acquérir cette technique de manière autonome avec l'aide de différents supports cités précédemment.

Il apparaît donc judicieux au vu de ces résultats de créer une formation pour les sages-femmes dans chaque établissement ou par l'intermédiaire du réseau régional de périnatalité (Périnatlim).

Chaque année tous les professionnels de santé sont dans l'obligation depuis 2013 de valider leur Développement Professionnel Continu (DPC). Ce dispositif existe depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009 et est applicable depuis le 1^{er} janvier 2013. Une formation DPC comprend 2 grands axes : une partie cognitive (mise à jour des connaissances et des dernières recommandations) ainsi qu'une partie pratique (analyse des pratiques professionnelles (APP) avec des ateliers pratiques et une évaluation du changement de pratique).

Le besoin de formation à la technique « un fil, un nœud » répond parfaitement aux enjeux de ce dispositif qui a pour but « *d'améliorer constamment les qualités des pratiques professionnelles, (...) de garantir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des*

professionnels de santé, (...) de permettre le développement de coopérations interprofessionnelles et de contribuer également à décloisonner les différents modes d'exercice ». [20]

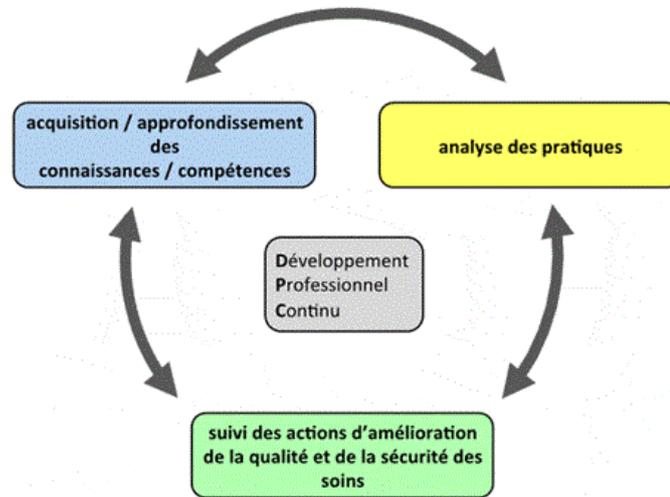


Illustration 11 : **Le Développement Professionnel Continu**
(HAS, *Le développement professionnel continu*, 2012)

Le service de Gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges proposera, fin 2014, un programme DPC sur le thème du périnée intitulé « La journée du périnée ». Un atelier sera organisé pour former les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens à la technique de suture « un fil, un nœud », de manière théorique et pratique. Cette formation, qui s'inscrit dans le cadre du DPC, va être ouverte aux professionnels de la région concernés par cette problématique.

Conclusion

En Limousin, 84,8% des professionnels ne pratiquent pas la suture « un fil, un nœud » malgré les recommandations du CNGOF de 2005 sur l'épisiotomie : « *il est recommandé de mettre en place une formation théorique et pratique (...) de manière à améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs (accord professionnel)* ». [2]

Cette étude a permis de sensibiliser les professionnels sur l'existence de cette technique, de recenser les raisons de leur non changement de pratique et de dégager les moyens de formations adaptés aux différentes catégories professionnelles et à leurs besoins.

Le changement de technique de suture sera encouragé par une harmonisation des pratiques, soutenue ou non par des protocoles de service. Une formation à visée théorique et pratique apparaît indispensable. Au CHU de Limoges une formation sur ce thème est d'ailleurs prévue fin 2014 dans le cadre du Développement Professionnel Continu et sera ouverte à l'ensemble des professionnels de la région.

Après une formation sur cette pratique, la réalisation d'une étude portant sur la satisfaction des professionnels et sur les complications relevées, permettrait de confirmer les avantages de cette technique.

Les références bibliographiques

- [1] DUBRANA F., PASQUIER P. *Ligatures et sutures chirurgicales* : Springer, 2011.
- [2] CNGOF. « Recommandations pour la pratique médicale » : *L'épisiotomie*, 2005. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM (consulté le 10 juin 2012)
- [3] LATEYRIE C., LACOUTURIERE M., ZIEMENDORF-LAGRANGE S., KIEFER A. *Rapport de stage à option d'étudiantes sages-femmes de Limoges*, février 2014.
- [4] VAZQUEZ M. « Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies », avril 2009, n°71, p. 22 à 25.
- [5] LONGUEVILLE L. *Douleur et cicatrisation périnéales dans le post-partum selon la technique de suture utilisée par les sages-femmes ou les étudiants sages-femmes* : Limoges, 2012, 89 p.
- [6] VAZQUEZ M. *Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies* : Nancy, 2008, 92 p.
- [7] THERY G., DEKINDT C., CAUTE D., DALLAY D. « L'épisiotomie à un fil », 1999. Disponible sur : http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/l_episiotomie_a_un_fil.3263 (consulté le 9 septembre 2012)
- [8] MORIN C. « Episiotomie: évolution des pratiques », novembre 2011, n°180, p. 20 à 25.
- [9] MINISTERE DELEGUE A LA SANTE « Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes paru au journal officiel » : *Ministère Santé*, 2001. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm> (consulté le 4 novembre 2012)
- [10] PIERRE A. *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* : Nancy, 2011, 83 p.
- [11] « Code de déontologie des sages-femmes (tableau comparatif) » : *Ordre Sages-Femmes Cons. Natl.*, 2012. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1444_Codeded%C3%83%C2%A9ontologiecomment%C3%83%C2%A9.pdf (consulté le 3 septembre 2012)
- [12] « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - Article 59 » : *LEGIFRANCE*, 2009. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7629C7354363244707A2CD0BC8F24389.tpdjo11v_1?idArticle=JORFARTI000020879577&cidTexte=JORFTEXT00020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id (consulté le 19 août 2012)
- [13] « Assises nationales des sages-femmes, http://www.cerc-congres.com/20120523_AssisesSF/assisesSF2012.html ». Disponible sur : http://www.cerc-congres.com/20120523_AssisesSF/assisesSF2012.html (consulté le 27 août 2012)

- [14]ANEMF. « Analyse de la répartition ». Disponible sur : http://www.anemf.org/IMG/pdf/analyse_de_la_repartition_par_l_ANEMF_1_-2.pdf (consulté le 5 janvier 2013)
- [15]« Larousse : encyclopédie et dictionnaires ». Disponible sur : <http://www.larousse.fr/> (consulté le 4 janvier 2013)
- [16]« Stratégie du changement » : *Univ. Qué. À Montr.* Disponible sur : <http://www.er.uqam.ca/nobel/k36565/PDF/strateg/changement.pdf> (consulté le 4 janvier 2014)
- [17]LEDOUX F. *Quel management pour favoriser la motivation des équipes soignantes ?* : Nancy, 2009, 105 p.
- [18]SOUDEIX M. *La résistance au changement* : Nancy, 2009, 148 p.
- [19]VERSPYCK E., SENTILHES L., ROMAN H., SERGENT F., MARPEAU L. « Techniques chirurgicales de l'épisiotomie » : *EM-Consulte*, 2006. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/118008> (consulté le 14 février 2014)
- [20]HAS, « Le développement Professionnel Continu ». Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu (consulté le 14 février 2014)

Table des annexes

Annexe 1. Le questionnaire	80
Annexe 2. La lettre explicative.....	86

Annexe 1. Le questionnaire

Questionnaire : « Les freins liés au changement de technique de suture « un fil, un nœud », des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin ».

1. Vous êtes :
 - une sage-femme
 - un gynécologue-obstétricien chef de clinique
 - un gynécologue-obstétricien praticien hospitalier
2. Age :
3. Où avez-vous fait vos études de sage-femme ou votre internat ?.....
4. Année du diplôme de sage-femme ou de docteur en médecine :
5. Lieu d'exercice actuel :
6. Avez-vous exercé ailleurs que dans le lieu d'exercice actuel ?
 Oui Non
7. Connaissez-vous le contenu des recommandations du CNGOF pour la pratique des sutures ?
 Oui Non
8. Avez-vous déjà entendu parler de la technique de suture « un fil, un nœud » ?
 Oui Non

Si vous avez répondu NON à la question précédente, passez directement à la question 12.

9. Savez-vous en quoi consiste cette technique « un fil, un nœud » ?
 Oui Non
10. En connaissez-vous les avantages ?
 Oui Non

Si OUI, cochez les réponses justes :

- diminution de la douleur
- diminution du taux de dyspareunies
- diminution du risque de désunion de la cicatrice
- diminution du risque d'infection
- esthétisme
- coût
- rapidité d'exécution

11. En connaissez-vous les inconvénients ?

Oui Non

Si OUI, cochez les réponses justes :

- impossibilité de retrait d'un point en cas d'infection
- risque de lâchage total de la suture si le nœud n'est pas correctement réalisé
- risque d'inflammation dû à l'existence d'un plan supplémentaire

12. Connaissez-vous les inconvénients de la technique de suture classique en trois plans ?

Oui Non

Si OUI, cochez les réponses justes :

- augmentation de la douleur
- augmentation du risque d'infection
- peu esthétique
- augmentation du taux de dyspareunies
- coût

13. En général, recherchez-vous des informations relatives aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) ?

Oui Non

Si OUI, comment y avez-vous accès ?

- Démarche personnelle : Oui Non

Si OUI, quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour cette démarche ?

- recherche sur internet ; à quelle fréquence annuelle ?
 très souvent souvent rarement très rarement
- recherche dans des bibliothèques ; à quelle fréquence annuelle ?
 très souvent souvent rarement très rarement
- abonnement à des revues professionnelles
- inscription à des évènements de formation continue

- Informations reçues par l'intermédiaire du service : Oui Non

Si OUI, sous quelle(s) forme(s) ?

- abonnement du service à des revues professionnelles
- note de service
- mailing
- cahier de transmission
- circuit de lecture
- recherche bibliographique

14. Pratiquez-vous la technique de suture « un fil, un nœud » ?

Oui Non

Si vous avez répondu OUI à la question précédente, passez directement à la question 26.

I. **Partie s'adressant uniquement aux personnes ayant répondu NON à la question 14**

15. Avez-vous appris la technique de suture « un fil, un nœud » ?

-pendant vos études : Oui Non

-pendant votre exercice professionnel : Oui Non

16. La technique de suture « un fil, un nœud » est-elle pratiquée dans votre service ?

-par des sages-femmes : Oui Non

-par des internes : Oui Non

-par des médecins : Oui Non

17. Pratiquez-vous régulièrement le surjet intradermique pour la réfection du plan cutané quelque soit la technique employée ?

Oui Non

Si NON, pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas le surjet intradermique ?

-absence de formation

-oubli de la méthode

-pas d'intérêt trouvé à la pratique de ce type de surjet

18. Avez-vous besoin d'une formation théorique et/ou pratique pour l'acquisition de la technique « un fil, un nœud » ?

Oui Non

Si OUI, aimeriez-vous que ce soit :

-par du compagnonnage (médecin, interne, sage-femme)

-dans le cadre d'une formation

-seul avec des moyens personnels (support vidéo, écrit, entraînement)

19. Avez-vous besoin d'une personne référente pour l'apprentissage de la technique de suture « un fil, un nœud » sur le terrain ?

Oui Non

Si OUI, aimeriez-vous que ce soit :

-par une sage-femme praticienne

-par un médecin

-par un interne

20. Avez-vous besoin d'une diffusion d'informations sur les recommandations en général ?

Oui Non

Si OUI, sous quelle(s) forme(s) aimeriez-vous que ce soit ?

-abonnement du service à des revues professionnelles

-note de service

-mailing

-cahier de transmission

-circuit de lecture

-recherche bibliographique

21. Souhaitez-vous avoir une recommandation sur les sutures dans le service ?

- Oui Non

22. Sur une échelle de 0 à 10, entourez le chiffre qui représente votre point de vue sur cette pratique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= pas du tout favorable
10= très favorable

23. Choisissez dans la liste ci-dessous, trois arguments qui influencent le plus votre choix pour la pratique d'une technique de suture en général :

- la diminution des douleurs en post-partum
- l'esthétisme
- la cicatrisation
- le coût de la méthode de suture en fonction du matériel employé
- le gain de temps grâce à la méthode de suture employée
- la maîtrise de la méthode de suture
- l'attachement aux habitudes de suture
- la recommandation du service

- aucun

24. Choisissez dans la liste ci-dessous, les trois appréhensions les plus importantes pour vous face à la technique « un fil, un nœud » :

- l'inconnu
- l'échec
- l'impression de régresser
- la remise en question
- la perte des habitudes
- la perte de la maîtrise d'une technique
- la désorientation
- l'absence de recommandation dans le service
- le processus d'apprentissage de la méthode

- aucune

25. Sur une échelle de 0 à 10, entourez le chiffre qui, dans le cas où vous recevriez une formation sur cette technique, représente votre envie de changer de pratique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= pas envie
10= très envie

Fin du questionnaire pour les personnes ayant répondu NON à la question 14.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Marion Dulinskie.

II. **Partie s'adressant uniquement aux personnes ayant répondu OUI à la question 14**

26. Ancienneté de la pratique de suture « un fil, un nœud » :

27. Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu connaissance de la technique de suture « un fil, un nœud » ?

- par les recommandations
- par des sages-femmes
- par des médecins
- par des internes
- par la formation initiale
- par la formation continue
- par des congrès
- par le service
- par des recherches personnelles
- par un abonnement à une revue professionnelle

28. Avez-vous appris la technique de suture « un fil, un nœud » ?

-pendant vos études : Oui Non

-pendant votre exercice professionnel : Oui Non

29. Par quel(s) moyen(s) avez-vous appris à suturer avec la technique « un fil, un nœud » ?

- moyen personnel (support vidéo, écrit, entraînement)
- formation
- compagnonnage (médecin, interne, sage-femme)

30. La technique de suture « un fil, un nœud » est-elle pratiquée dans votre service ?

-par des sages-femmes : Oui Non

-par des internes : Oui Non

-par des médecins : Oui Non

31. Choisissez dans la liste ci-dessous, deux raisons ayant favorisé votre changement de pratique :

- la diminution des douleurs en post-partum
- l'esthétisme
- la cicatrisation
- le coût de la méthode de suture avec l'emploi d'un seul fil
- le gain de temps
- la satisfaction personnelle

- aucune

32. Avez-vous effectué ce changement de pratique de manière :

- individuelle
- collective

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Marion Dulinskie.

Annexe 2. La lettre explicative

Mademoiselle Dulinskie Marion
Etudiante sage-femme 4^{ème} année
Ecole de sages-femmes
Hôpital du Cluzeau
23 avenue Dominique Larrey
87 042 LIMOGES Cedex

Limoges, le

Madame, monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année et je réalise un mémoire de fin d'études sur le thème suivant :

« Les freins liés au changement de technique de suture, « un fil, un nœud », des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin ».

Ce travail est effectué dans le cadre de mes études à l'Ecole de sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, avec l'accord de Monsieur le Professeur Yves AUBARD, Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, Directeur Technique et de l'Enseignement et de Madame Marie-Noëlle VOIRON, Directrice de l'Ecole.

Je sollicite votre collaboration afin de réaliser mon enquête. Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à ce dossier et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon mémoire.

Je vous adresse ce questionnaire qui restera totalement anonyme.

Si vous désirez faire quelques remarques et/ou suggestions, je vous informe qu'elles seront prises en compte car elles me permettront de contribuer à l'amélioration de nos pratiques professionnelles.

Je vous renouvelle mes remerciements et vous présente mes respectueuses salutations.

Marion Dulinskie

Table des illustrations

Illustration 1 : Surjet simple.....	7
Illustration 2 : Point séparé	8
Illustration 3 : Point en croix.....	8
Illustration 4 : Points de Blair Donati	9
Illustration 5 : Surjet de Blair Donati.....	9
Illustration 6 : Surjet intradermique	9
Illustration 7 : Suture du plan muqueux	10
Illustration 8 : Suture du plan musculaire	11
Illustration 9 : Suture du plan sous-cutané.....	11
Illustration 10 : Suture du plan cutané	12
Illustration 11 : Le Développement Professionnel Continu	75

**Les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud »
des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin.**

87 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes

Année universitaire 2010-2014

Résumé : L'étude met en évidence le fait qu'un nombre restreint de professionnels (15,2%) effectue la réparation de l'épisiotomie avec la technique du surjet continu, appelée plus communément technique « un fil, un nœud ». Cependant, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande la pratique de cette suture depuis 2005 au vu des avantages qu'elle représente, aussi bien pour la patiente que pour le professionnel.

L'enquête, réalisée auprès des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin, dans le cadre de ce mémoire, a permis de révéler leur méconnaissance des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC), des supports d'informations communiqués par le service, ainsi que leurs motivations et leurs freins au changement de pratique et leur besoin de formation.

Mots-clés : suture, épisiotomie, « un fil, un nœud », sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, motivations, freins.