



Enquête sur les accouchements

Dossier n°6

Novembre 2013

## Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes

L'épisiotomie, incision pratiquée dans le périnée pour faciliter la sortie du bébé, est un sujet de mobilisation pour le Ciane depuis sa création en 2003. En 2005, le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) publie des recommandations dans lesquelles il prend acte qu'il n'y a pas d'indications prouvées à l'épisiotomie systématique et propose de viser un taux global de 30% d'épisiotomies au lieu des 47% constatés à l'époque. Huit ans après ces recommandations, qu'en est-il de la pratique de l'épisiotomie en France et comment les femmes la vivent-elle?

Notre étude, qui repose sur 9783 accouchements par voie basse dont 6300 depuis 2010, atteste de l'effort fait par la communauté médicale pour modifier ses pratiques : le taux d'épisiotomie s'établit à 30% sur la période 2010-2013 (47% pour un premier accouchement, 16% pour les suivants). En outre, les femmes s'estiment mieux informées sur cet acte, même si, dans 85% des cas, le consentement n'est toujours pas demandé.

Un certain nombre d'autres résultats sont à relever :

- le recours à l'épisiotomie est très sensiblement moindre dans les **espaces physiologiques ou salles nature** (31% des primipares au lieu de 47%) ;
- **l'extraction instrumentale** (forceps, ventouse) qui concerne 30% des primipares est associée à des taux élevés d'épisiotomie (70% des primipares avec extraction instrumentale) quoiqu'en baisse depuis 2005 ;
- **la liberté de mouvement et de position** durant l'accouchement est associée à un taux d'épisiotomie plus faible (29% des primipares qui ont toute liberté, contre 56% si elles n'ont aucune liberté) ;
- **trois femmes sur quatre ayant eu une épisiotomie disent en avoir souffert** et parmi elles, 61% en ont souffert plus d'une semaine. Cette proportion est plus importante en cas d'extraction instrumentale.

Ces différents constats nous amènent à formuler un certain nombre de réclamations et préconisations qui concernent :

- **Le consentement** : nous demandons des mesures pour que la demande de consentement soit effective et respectée pour toutes les femmes, en accord avec la loi de 2002 sur les droits des patients qui précise qu' "*aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne*" (L-1111-4 du code de la santé publique).
- **La transparence de l'information** : seuls des établissements dont les taux sont en dessous de la moyenne publient leur taux. Nous demandons aux pouvoirs publics d'organiser la publication des taux d'épisiotomie, de manière à informer les femmes et à encourager les établissements à améliorer leurs pratiques.
- **Une redéfinition du taux maximal admissible** : la moyenne nationale a maintenant atteint le taux maximum qui était l'objectif fixé en 2005 par le CNGOF. Certains établissements ayant des taux de l'ordre de 10% en France, nous demandons l'abaissement du taux vers lequel les établissements doivent tendre.
- **L'amélioration des pratiques associées à l'extraction instrumentale** afin de diminuer le recours à l'épisiotomie.

Un taux d'épisiotomies en baisse sensible, mais toujours élevé pour les primipares.....	4
30% d'épisiotomies mais trois fois plus chez les primipares que chez les multipares.....	4
Une décroissance des taux d'épisiotomie entre 1996 et 2007.....	5
De grandes variations entre établissements .....	5
Les établissements qui communiquent leurs taux sont tous situés sous la moyenne nationale (7% à 30%).....	5
Moins d'épisiotomies dans les espaces physiologiques, les salles nature et les "maisons de naissance".....	6
Une forte proportion d'épisiotomies en cas de forceps ou ventouses, en baisse depuis 2005 .....	7
Quels sont les bons taux d'épisiotomie en cas de forceps/ventouses?.....	8
Davantage de forceps/ventouses pour les primipares.....	8
La liberté de mouvement et de position, un facteur de réduction des épisiotomies ?.....	9
La liberté de mouvement et de position associée à un moindre recours à l'épisiotomie .....	10
Demande de consentement toujours faible malgré une information qui s'améliore .....	12
Quand on leur demande leur consentement, 7 femmes sur 10 acceptent .....	13
Une meilleure information sur l'épisiotomie en depuis 2005.....	14
Il y a un lien entre information et demande du consentement.....	15
Trois quarts des femmes ayant eu une épisiotomie en ont souffert.....	16
Liens entre souffrance et consentement .....	17
L'extraction instrumentale augmente la fréquence et la durée des souffrances post épisiotomie	17
Ce que nous voulons .....	18
1) Le consentement.....	18
2) La transparence de l'information.....	19
3) Une redéfinition du taux maximal admissible .....	19
4) L'amélioration des pratiques en cas d'extraction instrumentale .....	19

L'enquête Ciane s'adresse à toutes les femmes ayant accouché en France, à l'exception de celles qui ont accouché par césarienne programmée et qui sont pour leur part invitées à répondre à l'enquête de l'association Césarine. Les réponses collectées concernent des accouchements récents: 7197 ont eu lieu depuis 2010, 3469 entre 2005 et 2009, et 623 avant 2005.

Nous nous intéressons dans ce dossier à la question de l'épisiotomie. L'épisiotomie, incision pratiquée dans le périnée pour faciliter la sortie du bébé, est un sujet de mobilisation pour le Ciane depuis sa création en 2003. A l'époque, elle était encore souvent pratiquée de manière systématique en France. Pourtant, la littérature médicale internationale montrait déjà que contrairement à ce qui avait été supposé, elle n'a pas l'utilité qu'on lui supposait, prévention de l'incontinence notamment, alors qu'elle a, dans une proportion significative des cas, un retentissement physique et psychologique important sur les femmes.

En 2005, le Collège national des gynécologues obstétriciens français a publié ses recommandations sur l'épisiotomie, dans lesquelles il prend acte qu'il n'y a pas d'indications prouvées à l'épisiotomie systématique et définit un objectif de 30% pour le taux national, au lieu de 47% à l'époque (chiffres de 2002-2003). Le Ciane était en désaccord avec ce taux objectif qui n'était étayé par aucune étude scientifique: au même moment, en Suède et en Grande Bretagne, les taux d'épisiotomie étaient respectivement de 6% et de 13%.

Huit ans après ces recommandations, qu'en est-il de la pratique de l'épisiotomie en France et comment les femmes la vivent-elle?

## Un taux d'épisiotomies en baisse sensible, mais toujours élevé pour les primipares

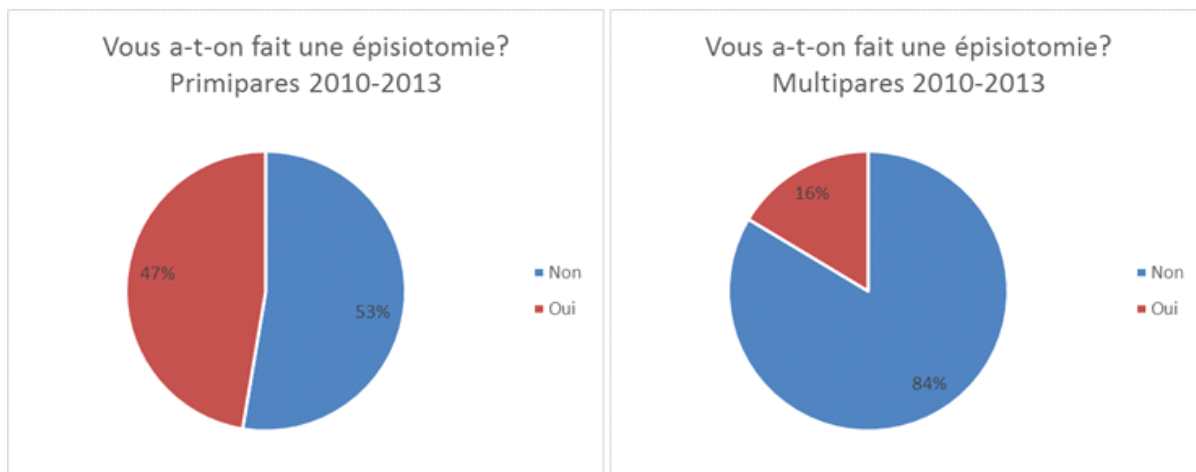
Pour mener cette étude, nous avons sélectionné les accouchements par voie basse ayant eu lieu en milieu hospitalier : au final, notre analyse porte sur 9783 accouchements, parmi lesquels 530 ont eu lieu avant 2005, près de 3000 entre 2005 et 2009 et près de 6300 depuis 2010.

### 30% d'épisiotomies mais trois fois plus chez les primipares que chez les multipares

Entre 2010 et 2013, le taux global d'épisiotomies calculé sur 6260 accouchements par voie basse est de 36%. Après redressement - la proportion de primipares étant plus importante dans l'échantillon CIANE que dans la population générale - ce taux tombe à 30% d'épisiotomies sur les accouchements par voie basse.

Cependant ce taux global masque des disparités très importantes entre primipares et multipares :

- le taux d'épisiotomie pour les femmes au **premier accouchement** est de **47% en 2010-2013**.
- le taux d'épisiotomie est de **16%** pour les **femmes multipares**, soit près de trois fois moins que pour les primipares.



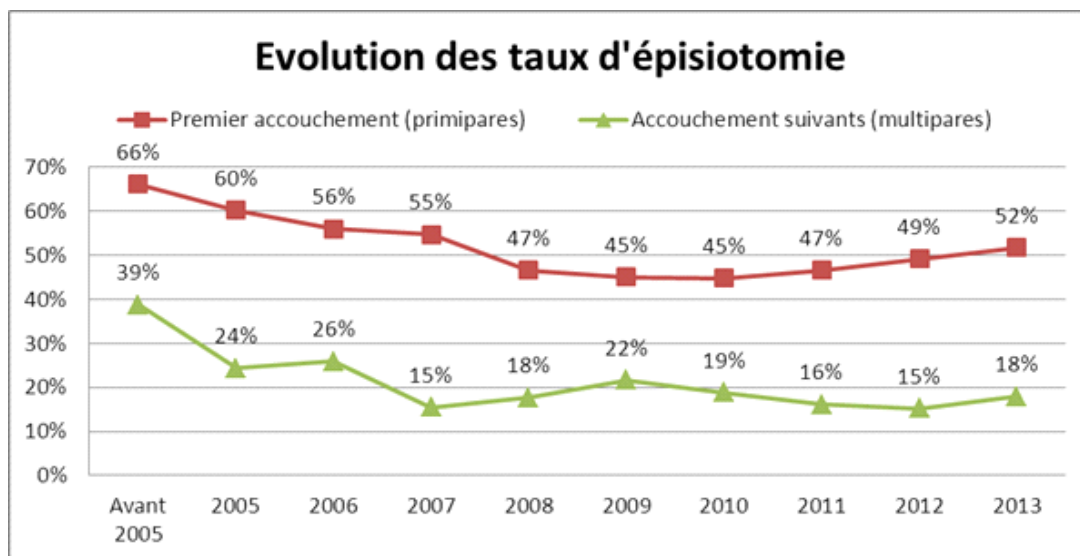
Ces taux sont comparables à ceux rapportés par l'enquête nationale périnatale pour l'année 2010 (45% pour les primipares, 19% pour les multipares)

### Une décroissance des taux d'épisiotomie entre 1996 et 2007

Les taux d'épisiotomie sont en décroissance depuis 1996-1997, mais s'établissaient en 2002-2003 à 68 % pour les primipares et de 31 % pour les multipares.

Notre enquête confirme cette tendance à la baisse, de façon très claire jusqu'à 2007-2008. Il y a toujours de grandes différences entre primipares et multipares:

- Pour les multipares, le taux semble relativement stable depuis 2007 aux environs de 16%. Les variations constatées peuvent être dues à la taille de nos échantillons.
- Pour les primipares, il y a bien une baisse jusqu'à 2009-2010. Cependant, il semble y avoir une remontée depuis 2010. Si cette tendance est confirmée par d'autres données au niveau national, il faudra en comprendre les raisons.



## De grandes variations entre établissements

Les taux d'épisiotomie varient considérablement selon les établissements.

### Les établissements qui communiquent leurs taux sont tous situés sous la moyenne nationale (7% à 30%)

Certains établissements communiquent leurs taux sur leur site internet, dans des publications scientifiques ou dans les données des réseaux de santé périnataux. Nous présentons en annexe les données que nous avons collectées. Deux remarques:

- Les **chiffres publiés** spontanément par les établissements sont tous **en-dessous de la moyenne nationale**, et parfois très en dessous. Les maternités qui sont au-dessus de la moyenne nationale ne semblent pas communiquer sur leurs taux d'épisiotomie.
- A l'intérieur même de ce groupe particulier, on note une **forte variabilité** - facteur de 1 à 4 - puisque les taux sont situés entre 7 et 30%.

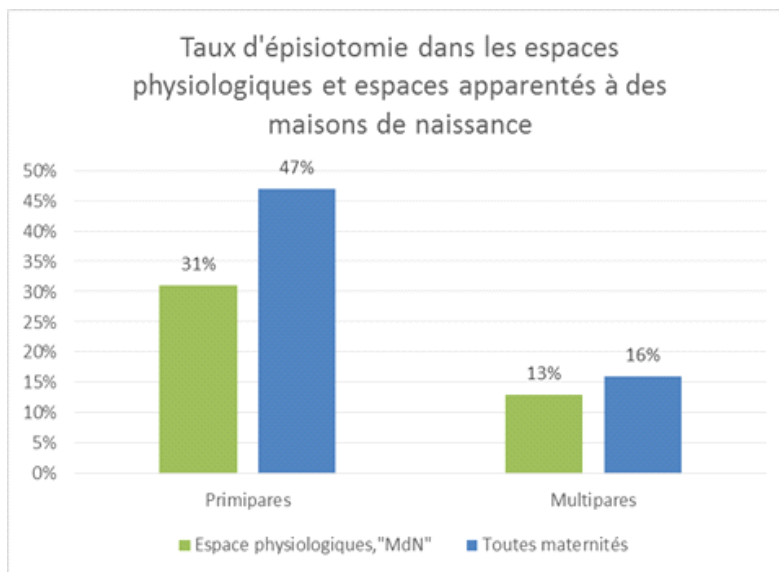
Compte tenu de cette variabilité des taux en dessous de la moyenne nationale, il est vraisemblable qu'il existe la même variabilité au-dessus de la moyenne nationale. Les échantillons dont nous disposons pour chaque maternité sont trop faibles pour que l'on puisse avancer avec certitude des taux par maternité: cependant, sur une vingtaine de maternités pour lesquelles on dispose d'au moins 37 réponses entre 2010 et 2013, les taux varient entre 9 et 50%.

Il est tout à fait regrettable que les taux d'épisiotomie ne soient pas publiés par toutes les maternités: le Ciane en appelle aux autorités publiques afin qu'elles fassent respecter cette **exigence minimale de transparence**.

### Moins d'épisiotomies dans les espaces physiologiques, les salles nature et les "maisons de naissance"

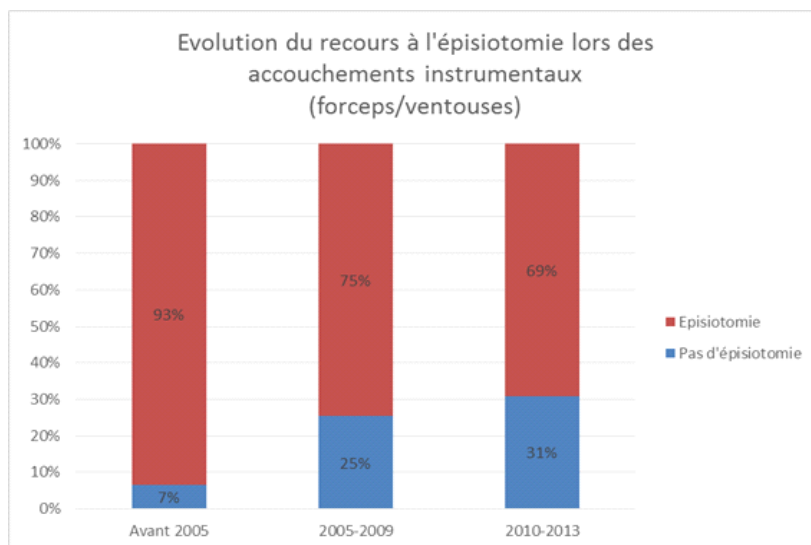
Nous avons voulu savoir si le fait qu'un établissement propose une approche supposée différenciée pour les accouchements à bas risque - salle nature, pôle physiologique, "maison de naissance" - a une influence sur le taux d'épisiotomie. Comme la terminologie est assez floue et peut prêter à confusion pour les femmes, nous n'avons considéré dans notre échantillon que les accouchements dans des établissements déclarant proposer une telle approche et pour lesquels les femmes ont "*démarré [le travail] dans un espace particulier de l'établissement (espace / pôle physiologique; maison / pavillon de naissance)*". Notre échantillon comprend 268 accouchements entre 2005 et 2013, dont 250 entre 2008 et 2013.

Nos résultats montrent que pour les femmes ayant démarré leur accouchement dans un tel espace, le taux d'épisiotomie est de 31% pour les primipares (contre 47% pour la moyenne des établissements), et de 13% pour les multipares au lieu de 16%. Une analyse plus fine montre que dans les salles de naissances "classiques" de ces maternités, les taux d'épisiotomie sont tout à fait comparables à la moyenne française : 43,5% pour les primipares. Les maternités qui font le choix d'ouvrir une salle nature ne sont donc pas celles qui sont déjà les plus avancées dans la réduction des taux d'épisiotomie, ce qui permet d'établir un véritable effet, à l'échelle globale, des espaces physiologiques sur les pratiques.



## Une forte proportion d'épisiotomies en cas de forceps ou ventouses, en baisse depuis 2005

Le taux d'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale est de 69% en 2010-2013. Or, ce taux était de 75% en 2005-2009, et au dessus de 90% pour les accouchements avant 2005.



Nous constatons donc une nette **baisse du recours à l'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental** (forceps, ventouse). Si ces résultats sont confirmés par d'autres chiffres à l'échelle nationale et que la tendance se maintient, il s'agirait d'un résultat encourageant, à condition qu'il ne soit pas contrebalancé par un recours plus fréquent aux accouchements instrumentaux.

Les recommandations du CNGOF de 2005 sont claires sur le fait que les **forceps** n'impliquent **pas forcément une épisiotomie** : *"La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale"*. Elles constatent également que *"le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi."* Et pour finir elles indiquent que *"l'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps"*

Il est possible que la baisse du taux d'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale, dans notre enquête, soit due à l'augmentation du recours aux ventouses au détriment des forceps. Notre enquête ne permet pas cette vérification.

### Quels sont les bons taux d'épisiotomie en cas de forceps/ventouses?

La nécessité de réaliser systématiquement une épisiotomie en cas d'extraction instrumentale semble encore faire l'objet de débat dans la communauté médicale. La crainte est la lésion du sphincter anal.

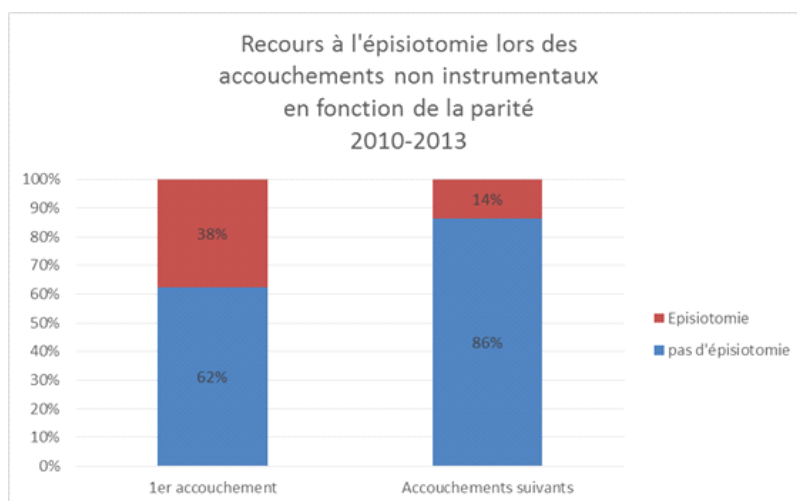
En France, D. Riethmuller du CHU de Besançon annonce une pratique personnelle de moins de 10% d'épisiotomie associée à l'extraction instrumentale. Dans un article où il souligne les biais d'un article néerlandais qui conclut que l'épisiotomie doit être systématique dans ce cas, il répond:

*Un (...) élément de la critique tient en la compétence des praticiens dans la gestion du dégagement. En effet, on peut avec un apprentissage adéquat faire un dégagement manuel après démontage du forceps ou « gagner » sur le périnée antérieur en soulageant le périnée postérieur avec la ventouse obstétricale. Ces pratiques, relevant de la transmission du savoir-faire obstétrical, permettent de diminuer l'impact périnéal de l'extraction instrumentale.*

### Davantage de forceps/ventouses pour les primipares

Les primipares et les multipares ont des taux d'épisiotomie assez proches en cas d'accouchement instrumental (70% pour les primipares, 62% pour les multipares). En fait, c'est principalement pour les primipares qu'il y a recours aux forceps/ventouses : dans notre enquête, ils concernent 30% des primipares, contre 7% des multipares (chiffres 2010-2013).

Du coup, si l'on recalcule le taux de recours à l'épisiotomie pour des accouchements non instrumentaux, en fonction de la parité, 2010-2013, on trouve que les primipares sans accouchement instrumental sont 38% à avoir une épisiotomie, contre 14% si on prend toutes les primipares.



## La liberté de mouvement et de position, un facteur de réduction des épisiotomies ?

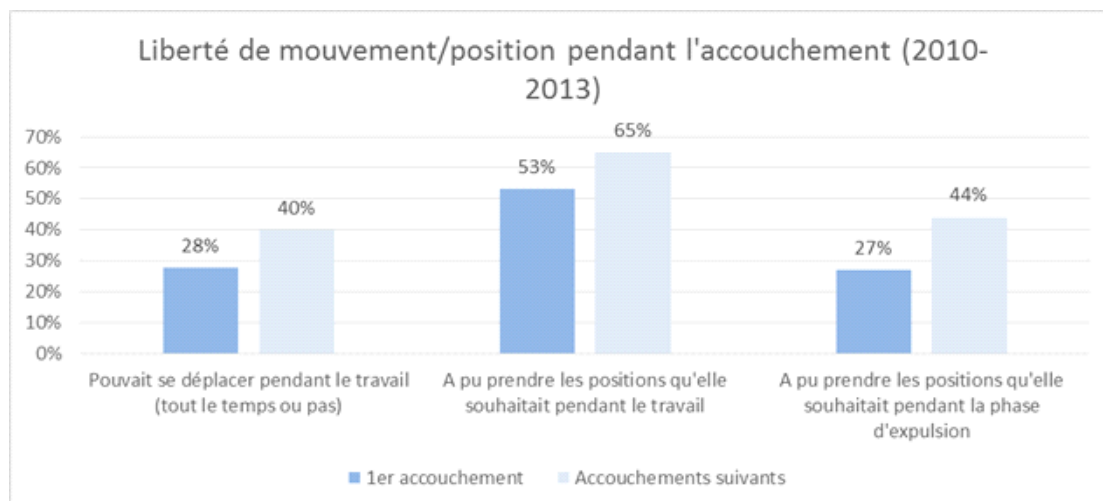
Les pratiques concernant la liberté de déplacement pendant le travail, et/ou la liberté de position pendant le travail et la phase d'expulsion ont évolué. De plus en plus de femmes ont eu accès à une **liberté de déplacement** pendant le travail; leur proportion a augmenté jusqu'aux alentours de 50% mais stagne depuis 2007. La possibilité de **choisir sa position pendant le travail** continue d'augmenter et concerne environ 6 femmes sur 10. Concernant la **liberté de position pendant l'expulsion**, elle ne concerne qu'un tiers des femmes, avec là aussi stagnation depuis 2007. Ces tendances sont présentées en annexe.

Ces données sont importantes car nous défendons la possibilité pour la femme de se déplacer si elle le souhaite, si les conditions médicales le permettent (analgésie), et la possibilité de prendre les positions les plus confortables pour elles pendant les phases de travail et d'expulsion. Au-delà de l'amélioration du confort des femmes, les recherches suggèrent que la mobilité et la possibilité de prendre des positions autres qu'allongée sur le dos sont bénéfiques pour le déroulement de l'accouchement,

Dans notre questionnaire, nous posons trois questions aux femmes

- Pouvez-vous vous déplacer pendant le travail?
- Avez-vous pu prendre les positions que vous souhaitiez pendant le travail?
- Avez-vous pu prendre les positions que vous souhaitiez pendant la phase d'expulsion?

Les réponses à toutes ces questions sont sensiblement différentes pour les primipares et pour les multipares. Les primipares sont 28% à avoir pu se déplacer pendant le travail, tout le temps ou partiellement, contre 40% des multipares. Sur les positions pendant le travail, 53% des primipares ont pu prendre celles qu'elles souhaitaient, contre 65% des multipares. Pour l'expulsion, seulement 27% des primipares ont pu choisir leurs positions, contre 44% des multipares.

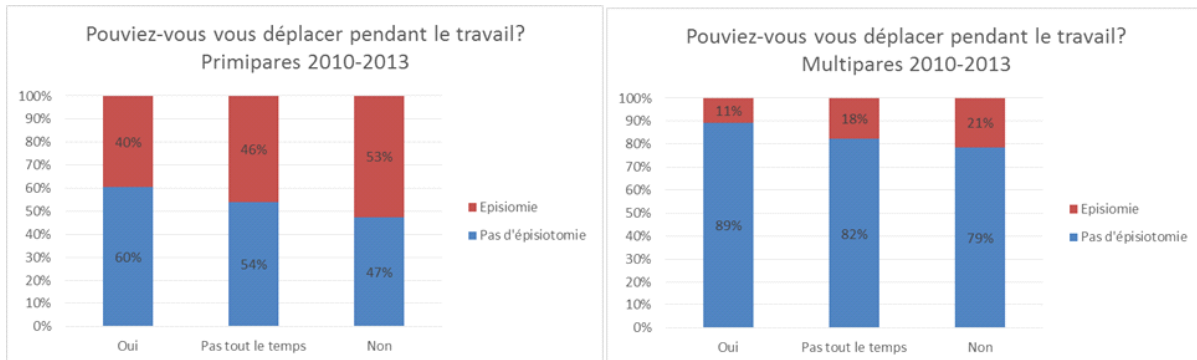


### La liberté de mouvement et de position associée à un moindre recours à l'épisiotomie

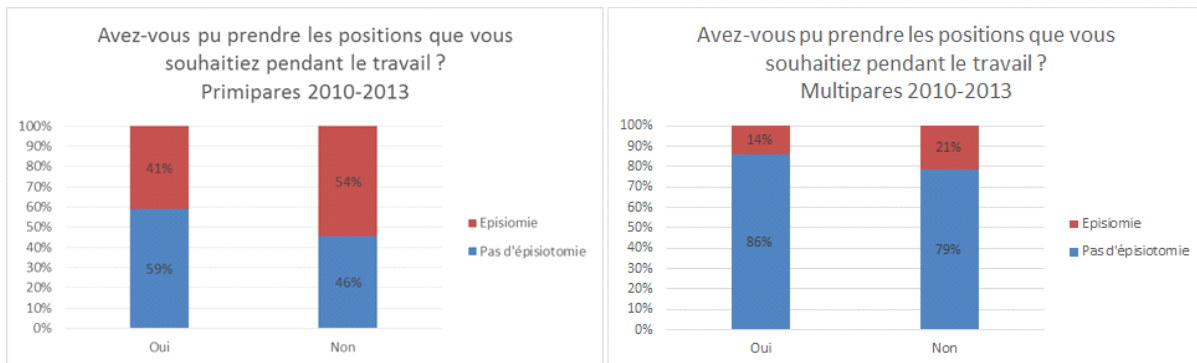
Il y a bien une association entre la liberté de déplacement et l'épisiotomie, chez les primipares comme chez les multipares. Plus la femme est libre de se déplacer pendant le travail, plus les



taux d'épisiotomie sont bas : par exemple, 40% des primipares qui peuvent se déplacer pendant tout le travail ont une épisiotomie, alors que la proportion est de 46% pour celles qui peuvent se déplacer partiellement, et de 53% pour celles qui ne peuvent pas se déplacer. La tendance est la même chez les multipares, 11%, 18% et 21%.



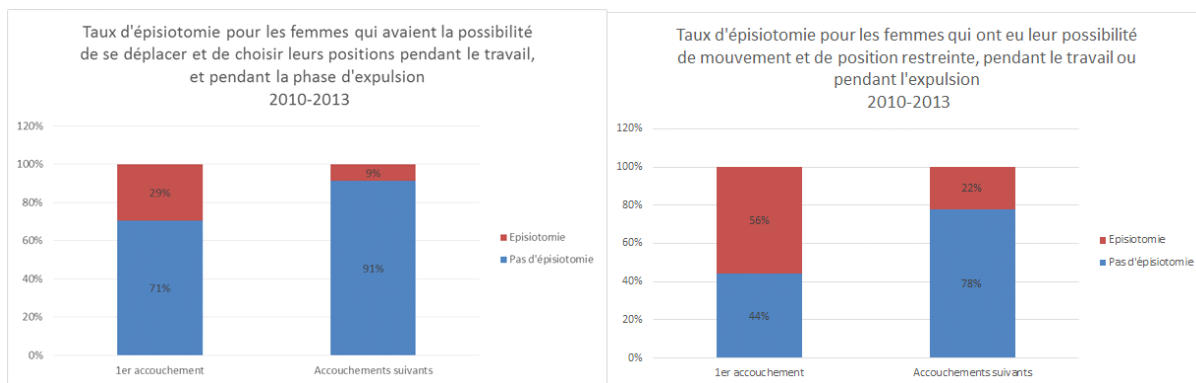
On peut faire le même constat pour la liberté de prendre les positions qu'on souhaite pendant le travail : 41% des primipares ayant eu cette liberté ont eu une épisiotomie, 54% des autres. Chez les multipares, les taux sont 14% et 21%.



La liberté de position pendant l'expulsion est associée à 30% d'épisiotomie chez les primipares, contre 52% de celles qui n'ont pas eu cette liberté. Les chiffres sont de 11% et 21% chez les multipares.

Nous avons regardé les taux d'épisiotomie chez les femmes qui ont eu une **totale liberté** de mouvement et de position **pendant toutes les phases de l'accouchement** et nous les avons comparés aux taux d'épisiotomie des femmes qui n'ont eu **aucune liberté** de mouvement et de position **pendant toutes les phases de l'accouchement**:

- Primipares **avec** liberté de mouvement: **29%** d'épisiotomie / Primipares **sans** liberté de mouvement: **56%** d'épisiotomie
- Multipares **avec** liberté de mouvement: **9%** d'épisiotomie / Multipares **sans** liberté de mouvements: **23%** d'épisiotomie

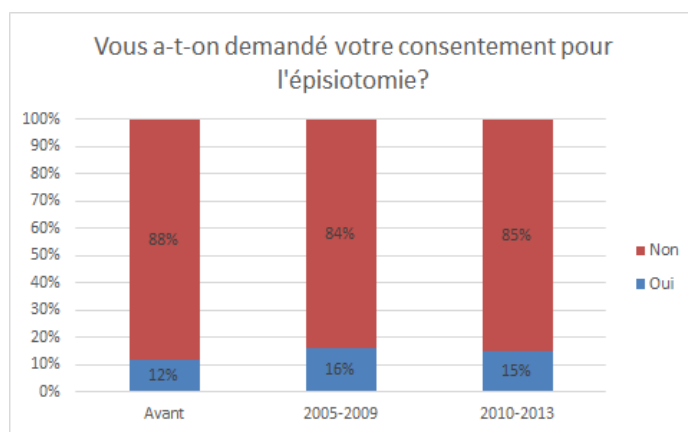


On ne peut pas déduire un lien direct de cause à effet entre la liberté de mouvement et l'épisiotomie : en effet, il y a des situations où l'impossibilité de choisir sa position est liée à la nécessité d'une intervention médicale (extraction instrumentale par exemple). Il y a de nombreux facteurs qui peuvent interférer avec ce lien : une maternité qui a une politique tournée vers le respect de la physiologie pourra favoriser à la fois la liberté de mouvement et la restriction des épisiotomies. Cependant, il semble **raisonnable** au vu des résultats contrastés que nous présentons **d'encourager au maximum la liberté de position et de mouvement tout au long de l'accouchement.**

## Demande de consentement toujours faible malgré une information qui s'améliore

### 85% des épisiotomies sans demande de consentement, sans amélioration

L'épisiotomie, comme tout acte médical, devrait faire l'objet du recueil du consentement du patient hors les cas d'urgence vitale. Or l'enquête révèle que 85% des épisiotomies sont pratiquées sans demande de consentement de la part des professionnels de l'accouchement. Ce chiffre ne semble pas évoluer depuis 2005.



### On demande davantage leur consentement aux multipares qu'aux primipares

Dans 85% des cas, le consentement n'est pas demandé pour l'épisiotomie. Les multipares sont celles à qui on demande le plus le consentement, presque un quart (23%), alors qu'il n'est demandé aux primipares qu'une fois sur 7 ou 8 (13%)

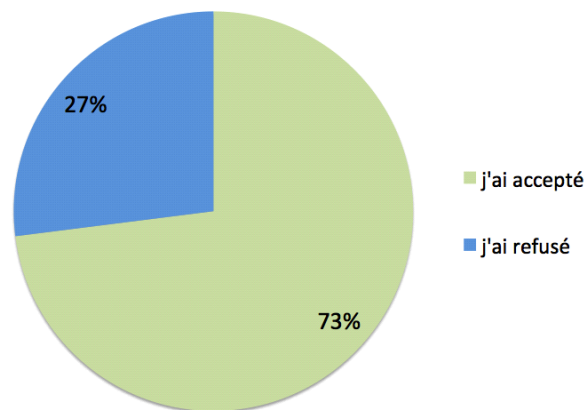
Il est difficile d'interpréter cette disparité : les multipares ont-elles une attitude qui favorisent cette demande de consentement ? Les soignants anticipent-ils davantage qu'elles vont protester

si on ne leur demande pas ? Les conditions (notamment en raison du plus fort taux d'extraction instrumentale pour les primipares) conduisent-elles à des comportements différents ?

### Quand on leur demande leur consentement, 7 femmes sur 10 acceptent

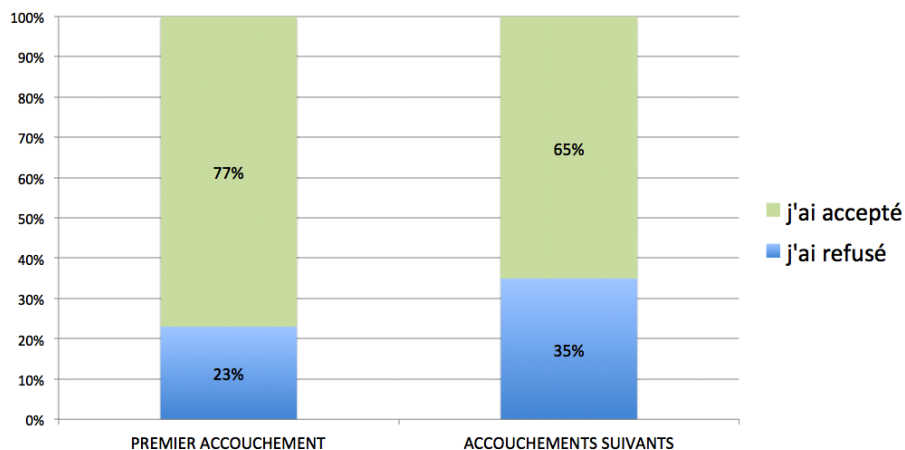
Dans le cas où le consentement est demandé, les femmes acceptent l'épisiotomie dans 73% des cas.

Consentement à l'épisiotomie (2010-2013)



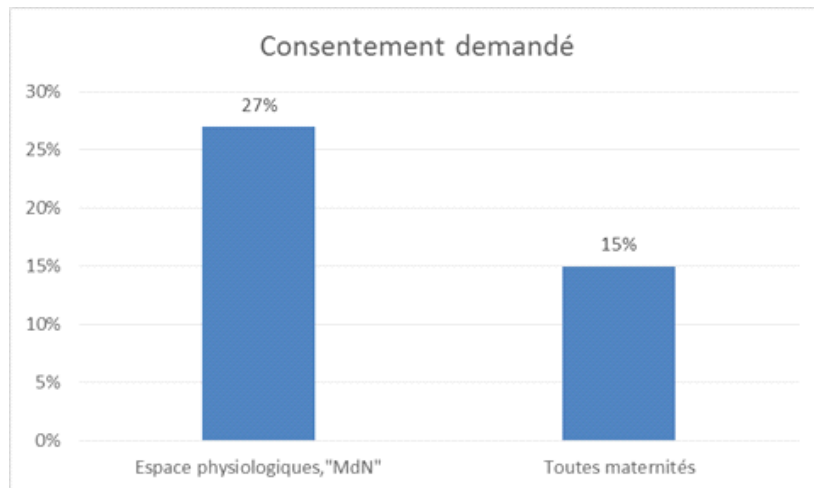
Les primipares sont moins d'un quart à refuser (23%) alors que les multipares près d'un tiers (35%)

Consentement à l'épisiotomie selon la parité (2010-2013)



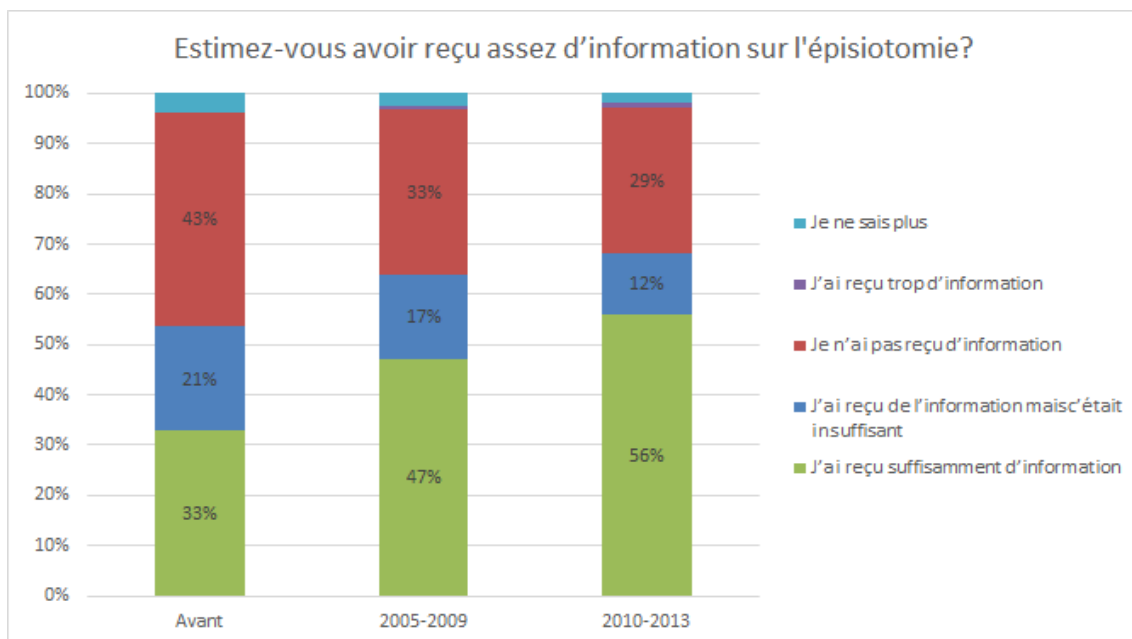
Dans certains cas, les femmes qui ont refusé de donner leur consentement ont quand même eu une épisiotomie. Certains témoignages sont disponibles en fin de ce rapport.

Davantage de demande de consentement dans les pôles physiologiques



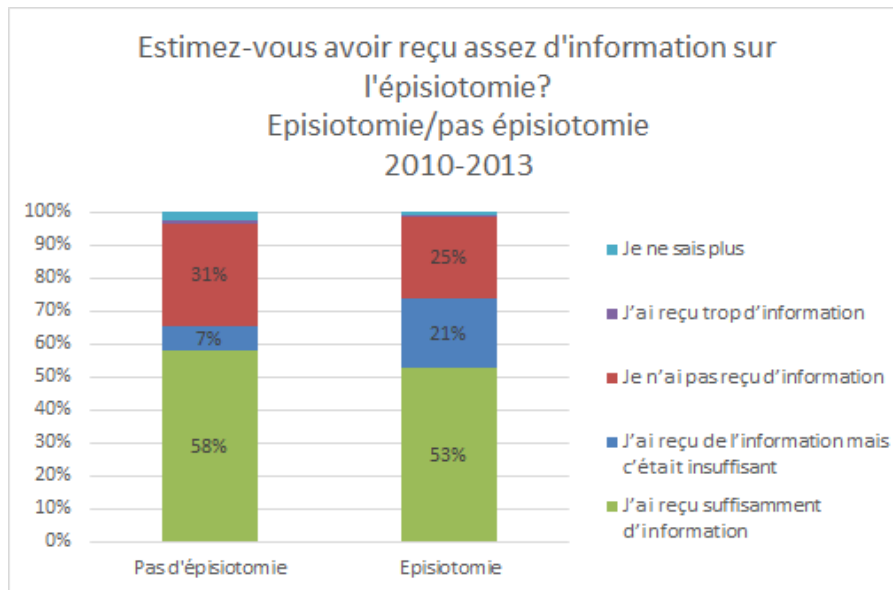
### Une meilleure information sur l'épisiotomie en depuis 2005

Les femmes sont de mieux en mieux informées sur l'épisiotomie par les professionnels de santé. Seules  $\frac{1}{3}$  d'entre elles avant 2005 estimaient avoir reçu assez d'information, contre 59% en 2010-2013. Malgré ces progrès, elles sont encore 12% à estimer avoir reçu insuffisamment d'information et 29% à ne pas en avoir reçu. Une très petite proportion dit avoir reçu trop d'informations.



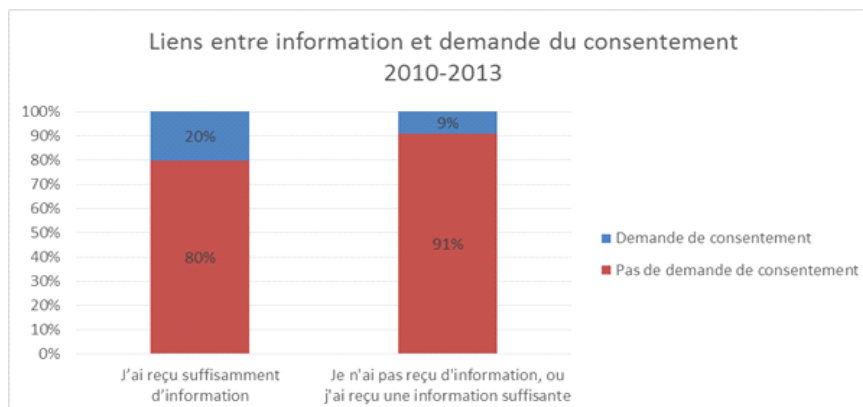
### Les femmes qui ont eu une épisiotomie s'estiment moins bien informées

Si on compare ce que disent les femmes de la manière dont elles ont été informées selon qu'elles aient eu ou non une épisiotomie, on constate que : celles qui ont eu une épisiotomie sont trois fois plus nombreuses à répondre qu'elles ont eu une information, mais insuffisante. Il est probable que, confrontées à la réalité de l'épisiotomie, sa réalisation, sa suture, ses suites, les femmes découvrent à cette occasion qu'il leur manquait en fait des informations.



### Il y a un lien entre information et demande du consentement

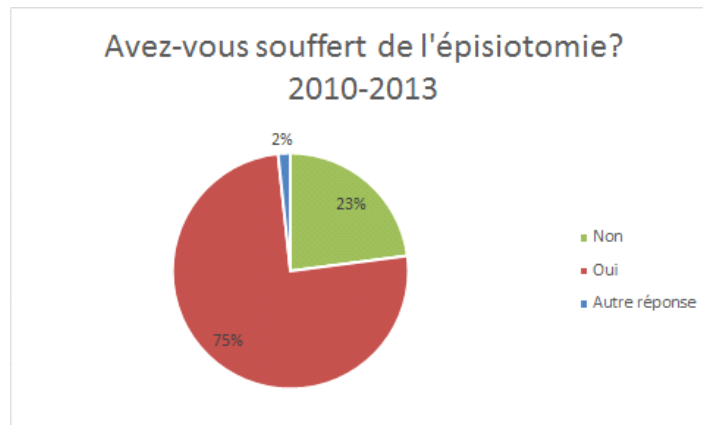
Celles qui s'estiment bien informées sont aussi celles à qui on a le plus demandé le consentement (20% de demande de consentement pour celles qui s'estiment bien informées), alors que moins elles s'estiment bien informées, moins on leur demande leur consentement (9% de demande de consentement pour celles qui s'estiment mal informées).



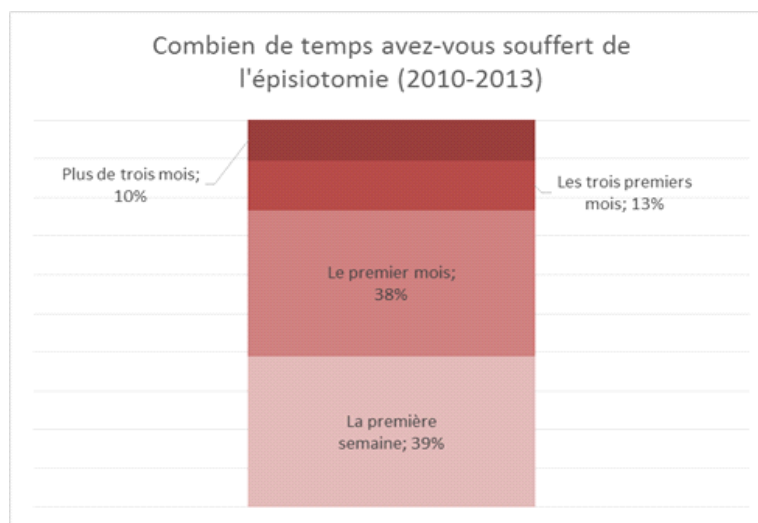
Il n'y a pas d'explication satisfaisante à ce lien. Peut-être ces femmes qui sont le plus informées imposent-elles, en quelque sorte, leur droit de consentir ou non ; peut-être les établissements qui informent le moins sont aussi les moins respectueux de la demande de consentement. D'autres explications sont possibles.

### Trois quarts des femmes ayant eu une épisiotomie en ont souffert

Sur la période 2010-2013, les femmes répondent à 75% qu'elles ont souffert de l'épisiotomie. 23% n'en ont pas souffert. Les 2% de réponses "autres réponses" recouvrent soit des femmes qui veulent signaler avoir souffert beaucoup plus de 3 mois (jusqu'à plusieurs années), qui font état de souffrance psychologiques plus que physiques ; d'autres, plus rares, signalent qu'elles ont souffert pendant l'acte ou la suture.

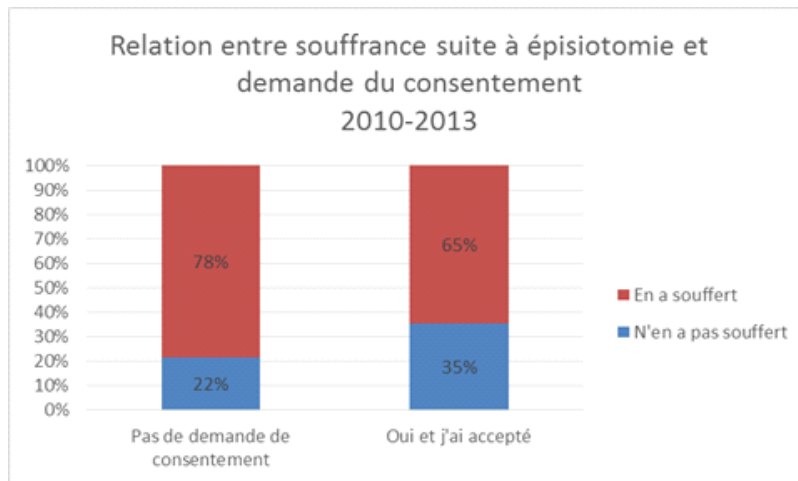


Les femmes ont souffert de l'épisiotomie en majorité pendant la première semaine (39%) ou le premier mois (38%). 13% ont souffert les 3 premiers mois et 10% plus de trois mois.



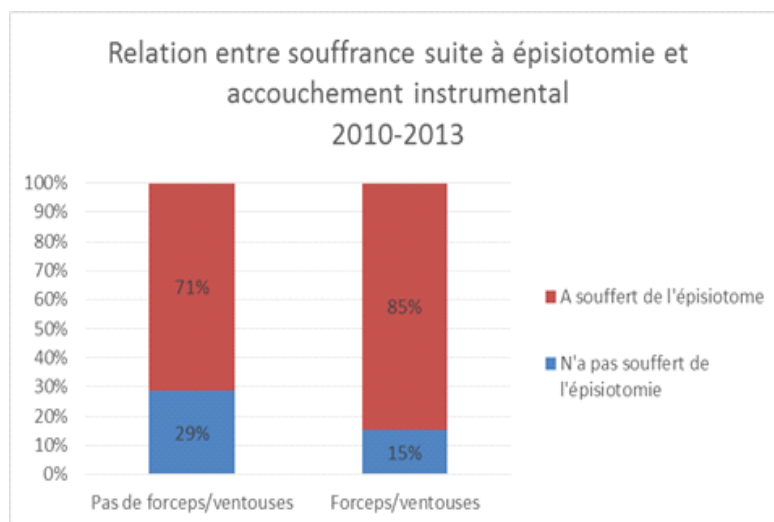
### Liens entre souffrance et consentement

Les femmes à qui on a demandé le consentement et qui ont accepté sont moins nombreuses à avoir souffert, comparé aux femmes à qui on n'a pas demandé le consentement (65% contre 78%). Cet aspect est important pour les femmes. Il y a au moins deux explications à envisager: le ressenti de souffrance dépend de la manière dont la femme a été traitée, et la demande de consentement fait partie des bons traitements ; les équipes plus respectueuses du consentement seraient aussi celles qui seraient le plus attentives aux suites de l'épisiotomie.

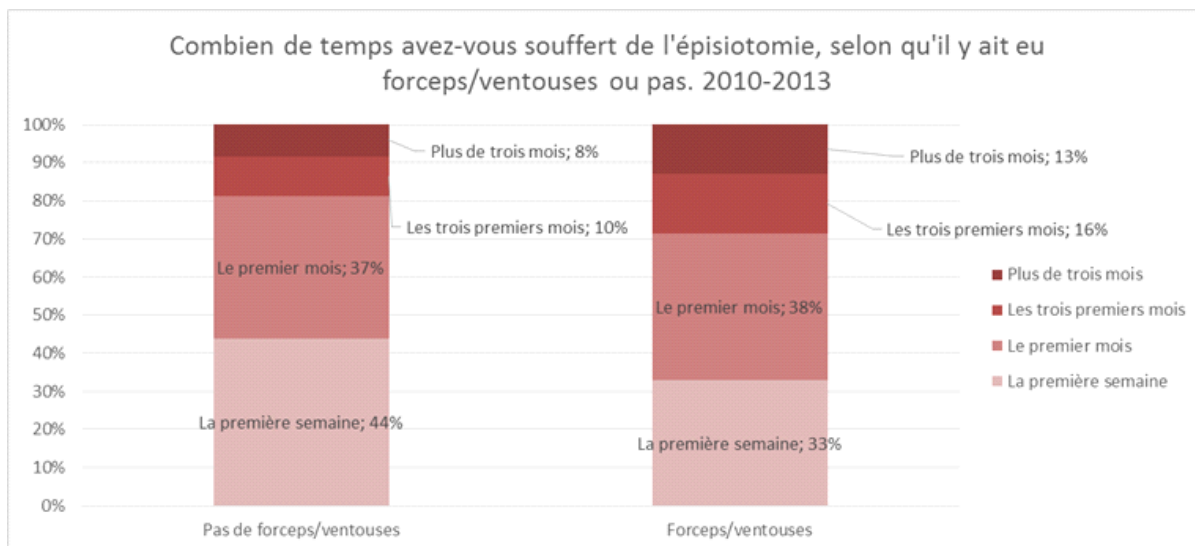


### L'extraction instrumentale augmente la fréquence et la durée des souffrances post épisiotomie

29% des femmes qui ont eu un accouchement sans extraction instrumentale n'ont pas souffert de l'épisiotomie alors celles qui ont eu des forceps/ventouses ne sont que 15% dans ce cas.



Les femmes qui ont eu une extraction instrumentale et qui ont souffert de l'épisiotomie sont aussi celles qui ont souffert le plus longtemps : 16% les trois premiers mois, 13% plus de trois mois contre respectivement 10% et 8% pour celles qui n'ont pas eu d'extraction instrumentale.



## Ce que nous voulons

En 2005, le Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) a publié des Recommandations de pratique sur l'épisiotomie. Ces recommandations prenaient acte du fait que l'épisiotomie n'a pas à être systématique et fixaient un objectif de baisse du taux national: descendre à 30% ou moins d'épisiotomies contre 47% en 2002-2003.

Nous mesurons l'effort fait par la communauté médicale pour modifier une pratique qui, il y a 20 ans, était considérée comme nécessaire ; nous soulignons le poids des mouvements citoyens dans ce processus qui ont mis en exergue dès les années 2000 le vécu des femmes et pointé les incohérences entre pratique et recherche ; mais du chemin reste à parcourir pour que les femmes soient traitées comme des adultes ayant les mêmes droits que tous les patients. Quatre points nous semblent devoir être améliorés:

### 1) Le consentement

Le consentement pour l'épisiotomie n'est demandé aux femmes que dans 15% des cas et il n'y a globalement pas de tendance à l'amélioration.

Nous demandons des mesures pour que la **demande de consentement** soit effective et **respectée** pour toutes les femmes, en accord avec la loi de 2002 sur les droits des patients qui précise qu' "aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne" (L-1111-4 du code de la santé publique)

### 2) La transparence de l'information

Alors que la moyenne nationale est de 30% d'épisiotomie, les établissements ont des taux qui vont de 3% (CHU de Besançon) à plus de 50%.

Nous demandons aux pouvoirs publics d'organiser la **publication des taux d'épisiotomie**, avec comme double avantage le fait d'informer les femmes et d'inciter les établissements à améliorer leurs pratiques.



### 3) Une redéfinition du taux maximal admissible

La moyenne nationale a maintenant atteint le taux maximum qui était l'objectif fixé en 2005 par le Collège des gynécologues obstétriciens. Depuis, l'expérience d'un certain nombre d'établissements a permis de confirmer qu'il est possible d'avoir des taux de l'ordre de 10% en France. Nous demandons aux obstétriciens de fixer maintenant un **nouvel objectif en matière de taux** qui soit en accord avec ces expériences, et que cet objectif soit pris en compte par chaque établissement.

### 4) L'amélioration des pratiques en cas d'extraction instrumentale

Les extractions instrumentales sont associées à des taux élevés d'épisiotomie (70% pour les primipares, 62% pour les multipares), et ces situations sont associées à plus de douleur (85% souffrent de l'épisiotomie), une douleur qui dure plus longtemps (29% pour une durée de trois mois et plus). L'extraction instrumentale concerne 30% des primipares qui accouchent par voie basse. Etant donné le nombre élevé de femmes concernées, il nous semblerait judicieux que la communauté médicale étudie et mette en œuvre, outre les moyens de diminuer les extractions instrumentales, les moyens de **diminuer le recours à l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale**.

## Témoignages

### Accouchements 2010-2013

En siège on m'avait pratiquement imposé la péridurale, mais le travail étant déjà bien avancé et se déroulant bien il fallait se décider vite. L'obstétricien a accepté sans péridurale et à aucun moment je n'ai regretté, sauf pour la couture de l'épisiotomie après...
J'ai oublié de préciser sur la page précédente que ayant un bébé en siège l'épisiotomie m'a été imposée mais cela ne m'a pas dérangé j'étais au courant et je préférais ça à une césarienne j'aurais aimé pouvoir bénéficier de la baignoire mais ayant perdu les eaux à la base impossible
Seule pointe négative l'épisiotomie qui a été faite un peu rapidement à mon goût et sans me poser la question.
La péridurale ne faisait plus effet au moment de l'accouchement, j'ai été coupé à vif pour l'épisiotomie puis recousu à vif car ils ne m'ont pas anesthésié localement (11 points sur la dernière couche !). L'anesthésiste était débordé et antipathique, il m'a fait pleurer en m'hurlant dessus pour que je ne bouge pas.
L'accouchement aurait été parfait si je n'avais pas eu cette épisiotomie !
Péridurale fortement conseillée car déclenchement. Néanmoins la péridurale est arrivée bien tardivement alors que le col s'ouvrait et que je perdais spontanément les eaux. Après la pause de la péridurale, j'étais ouverte à 10 et le travail commençait. Sauf que la dose était faible et que j'ai commencé l'accouchement, plus de péridurale lorsque j'ai eu l'épisiotomie donc grandes douleurs.

Je ne souhaitais pas d'épisiotomie j'ai eu une petite déchirure de 2 points
J'avais refusé qu'on me la perce dans le pdn [projet de naissance] et je l'ai rappelé à la sf au moment de l'expulsion idem pour l'épisio
Expulsion longue (presque 1h30) et fatigante, la sage-femme m'a proposé une petite épisio pour aller plus vite, j'ai refusé, elle n'a pas insisté.
épisiotomie automatique et très grosse sans raison expresse ni demande!!
Épisiotomie faite, car risque de déchirement, mais finalement la petite épisiotomie n'a pas suffi, il y a eu grosse déchirure.
On ne m'a rien demandé pour l'épisio ou les forceps car c'était un accouchement difficile: bébé coincé pendant plus d'une heure.
Je n'ai pas eu l'épisio, mais avec les forceps j'ai été déchiré (a priori, choix du gynéco). on ne m'a pas demandé, mais bébé ne pouvait pas sortir sans forceps, et la césarienne a même été envisagée au dernier moment
Pas le temps pour l'épisiotomie, mais je suis sûre qu'on ne m'aurait pas demandé mon avis!! Car c'est vrai, en y repensant, on m'a dit on va faire ceci, on vous met cela... mais c'est tout!
Dans mon projet de naissance j'avais notifié que je ne voulais pas d'épisiotomie et que j'acceptais de prendre le risque de déchirure.
Épisiotomie : ma fille a 18 mois et j'en souffre encore régulièrement, notamment la veille des règles. L'obstétricien ne le croit pas.
On ne m'a même pas dit que j'avais eu une épisiotomie, je ne l'ai su qu'après parce que j'ai demandé si c'était une épisio ou une déchirure
Épisio et forceps faits sans mon consentement. j'étais complètement contre. On m'a "obligée" en me disant que c'était ça ou mon bébé allait en pâtir.
Projet de naissance qui mentionnait tous ces refus (expression, épisio, instruments...)
On ne m'a pas prévenue. Je me suis rendu compte de l'épisio quand ils m'ont recousue.
Déchirure naturelle et non épisio a ma demande
Aucune information, on m'a pas dit pour la ventouse ni pour l'épisio
Malgré notre demande de ne pas avoir d'épisiotomie sauf nécessité absolue, celle-ci a été mise en place très rapidement sans nous le dire (j'ai entendu le clac du ciseau, ai posé la question à laquelle on ne m'a pas répondu). Aux vues du déroulement de l'accouchement (reprise de l'épisiotomie ensuite), ils ont eu raison d'en faire une. Je regrette juste qu'on n'ait pas jugé utile de nous en informer lors du premier coup de ciseau (le second a été fait en urgence).
Bébé ne voulait pas descendre donc elles ont commencé à appuyer sur mon ventre puis elle est allée chercher le gynéco épisio et cuillère et pour finir pendant 3 mois une fois par semaine je montais à l'hôpital car l'épisio ne cicatrisait pas et en plus les point avaient lâché 2 jours après donc le 4 <sup>ème</sup> jour ils m'ont descendu au bloc pour me la refaire une vraie boucherie et quand je suis rentrée chez moi pendant un mois les infirmières passaient tous les jours me faire la toilette et bien me nettoyer
épisio : ma réponse aurait été : on ne m'a pas demandé mon accord mais j'ai refusé le geste qui allait être réalisé sans mon consentement.
Pas d'épisiotomie mais une déchirure qui m'a valu pas mal de points de suture, j'aurais préféré une épisio mais selon la sage-femme qui m'a accouché, une épisio cause plus de points...
J'ai mal vécu le fait que l'on m'appuie sur le ventre et que l'on m'ai fait une épisiotomie! Il y

avait caractère d'urgence donc je n'ai pas eu le choix, mais pour une 2eme grossesse j'insisterais sur le fait que je ne veux pas de tout ça, car je l'ai mal vécu!!
Je ne voulais pas d'épisio, ni qu'on m'appuie sur le ventre et les sages-femmes ont respecté mon choix
Épisiotomie jusqu'à l'anus mais très bonne cicatrisation et très peu de douleurs après. J'ai pu me lever quelques heures après l'accouchement sans soucis.
Sortie de Bébé en moins 5 min en urgence, grosse épisio et ventouse et forceps car grosse tête
L'épisiotomie a eu des conséquences catastrophiques, m'empêchant de rester debout et de marcher
Pas d'épisiotomie mais déchirure complète du périnée.
On m'a pas fait d'épisiotomie, mais je me suis déchirée
Pas d'épisiotomie grâce à mon gynécologue qui a massé avec du savon mon périnée et vagin lorsque bébé s'est présenté
Pas d'épisiotomie à ma demande.
Épisiotomie annoncée comme inévitable, on m'a prévenue avant, mais sans vraiment me demander mon avis, ce fut annoncé comme un fait et non comme une option.
Je n'ai pas eu d'épisiotomie mais un déchirement
Je ne voulais pas d'épisio. La sage-femme ne m'a pas demandé, elle m'a juste dit: je suis obligée
je n'ai pas eu d'épisiotomie, mais j'ai été déchirée.
Pas d'épisiotomie mais j'ai été déchirée à l'expulsion.
Quand la péridurale a fait effet et que j'ai enfin pu communiquer, la SF m'a demandé si j'avais des souhaits particuliers. Je lui ai dit pas d'épisiotomie ni d'instruments si possible. Mon choix a été respecté même si pour la dernière poussée elle a brandit la menace de l'épisiotomie et forceps pour me motiver...
Je pense que pendant la phase d'expulsion ce n'est pas propice à demander le consentement pour ces gestes médicaux nécessaire alors que le bébé est surement en souffrance. Mais il serait bon des préparer les mamans à l'éventualité de ces gestes. Et surtout de les pratiquer avec respect. L'obstétricien avait été odieux. Episio mal faite. Un accouchement qui laisse des traces!
Pas d'épisio mais déchirement naturel
Pas d'épisio juste une petite déchirure
Aucun consentement n'a été donné mais en même temps cela était nécessaire tout a été fait dans l'urgence pour sortir mon bébé car il était a 30 de pulsation, autant vous dire que je leur laissé carte blanche !
Je n'ai pas eu d'épisiotomie mais une grosse déchirure jusqu'à l'anus , 8 point extérieurs et 5 points intérieurs + quelques déchirures à l'intérieur de la paroi du aux instruments !
Cela m'a fait souffrir pendant 2 ans et les gynécologues qui vous disent qu'il faut consulter quand les douleurs sont aussi persistante ne font rien de plus a part vous dire les douleurs s'en iront avec de l'entrainement !!!!! réponse absurde puisque comment avoir de l'entrainement quand à chaque rapport je me retrouve en larme car ca me fait horriblement mal !
A cause de tous cela ma vie sexuelle maintenant est nulle, zéro je me force pour mon mari (qu'il n'aille pas voir ailleurs) mais même si je n'ai plus de douleur je n'arrive plus à avoir de plaisir !!! Et ça là-dessus les médecins devraient être un peu plus à l'écoute et attentif à ses douleurs !!!

Pas d'épiso déchirure naturelle avec 3 points.
J'avais précisé à la sage-femme que je ne voulais pas d'épisiotomie mais je l'ai eu quand même et j'en ai énormément souffert pendant un an après l'accouchement
Si on m'avait demandé j'aurais refusé l'épiso mais pas les forceps. Mais j'aurais préféré que l'on attende que la péri fasse moins effet.
Pas d'épisiotomie mais aurais bien eu besoin car beaucoup déchirée
Pas d'épisiotomie mais déchirure due à l'utilisation de spatules
Concernant l'épisiotomie et la ventouse ma fille était en souffrance fœtale donc tout a été fait en urgence... avec le recul si on me l'avait demandé j'aurais refusé l'épiso (si la ventouse pouvait être posée sans) mais oui pour la ventouse
Bébé en souffrance, expulsion très rapide, l'équipe n'a pas eu (pris) le temps de me demander mon avis mais elle m'a bien expliqué ce qui allait se passer (épiso puis ventouse puis forceps si ventouse non suffisante)
Bébé coincé, pas le choix de dire oui aux spatules, appui sur le ventre !!! J'ai eu le choix de l'épisiotomie, j'ai demandé de ne pas en avoir ou alors minime ! j'ai eu 1 point.

**Celles qui ont répondu "Autre" à la question : avez-vous souffert de l'épisiotomie? Non ; Oui, une semaine ; Oui, un mois ; Oui, trois mois ; Oui, plus de trois mois; Autre**

<p>C'est plus une gêne qu'une souffrance</p> <p>Après la naissance du bébé, juste après l'avoir mis au monde, recoudre fut douloureux : piqûre pour insensibiliser, soins, etc...cela a duré 20 minutes !!!!!!!!!!!</p> <p>Oui...pendant des années!!!</p> <p>Problème de cicatrisation vis-à-vis des fils de suture</p> <p>Oui, pas physiquement, mais je me suis sentie atteinte dans mon intégrité...</p> <p>sur le coup, sans péri....</p> <p>17 mois, c'est encore douloureux lors de certaines positions, de pratique sportive ou d'épisodes de constipation</p> <p>A la couture de l'épisiotomie et moralement encore maintenant quand j'y pense pour ma vie intime</p> <p>Démangeaison a long terme (désunion des fils)</p> <p>Trop recousue, douleurs terribles pendant plus d'un an.</p> <p>Sentiment d'avoir été mutilée</p> <p>J'en souffre encore aujourd'hui, 4 ans plus tard, lors des rapports</p> <p>Plusieurs mois après, changement de morphologie, je ne reconnaissais plus ma partie intime oui mais moins que ce que j'appréhendais et plutôt au bout d'une semaine puis plusieurs mois</p> <p>J'ai surtout souffert lors des deux sutures à vif (on a dû découdre puis recoudre l'épiso)</p> <p>Mauvaises sutures, proposition de chirurgie quelques mois plus tard, très douloureux pendant longtemps</p> <p>Reprise d'une ancienne épisiotomie mal suturée, confort absolu après cicatrisation !!!</p> <p>Un an atroce, puis grâce à une ostéo en interne, ça se tasse... 4 ans après!!</p>
--

Intervention chirurgicale 4 mois après l'accouchement pour reprise de l'épiso  
 Non, mais parfois je sens une petite gêne encore 2 ans après  
 Je souffre encore dans certains cas 19 mois après  
 J'ai accouché il y a deux mois et j'en souffre encore physiquement et psychologiquement

### Des d'épisiotomie réalisée malgré le refus de la femme

Année	Témoignage
2011	L'épisiotomie a été très mal vécue : la péridurale ne faisant plus effet, j'ai distinctement senti l'incision et ce malgré mes protestations concernant cet acte.
2010	Pour l'épiso, j'ai vu que la sage-femme allait le faire et j'ai dit que je ne voulais pas. Elle a dit qu'on attendait encore alors, mais 2 ou 3 contractions plus tard elle l'a faite sans me le demander, ni me prévenir. Par contre j'ai eu une anesthésie locale donc je n'ai pas senti la coupure
2010	J'ai d'abord refusé qu'on perce la poche des eaux, mais j'ai reçu une péridurale quelques 20 à 30 minutes avant l'extraction de mon bébé, et à partir de là, mon consentement n'a plus été demandé (ou alors, on m'a dit qu'on ne le respecterait pas).
2010	pour le consentement pour la perf par ex, c'est très vague : la SF vient, elle dit "je te pose une perf d'ocyto ok ?". Forcément, je réponds "ok" (pareil pour le décollement des membranes et la poche). Par contre, je lui avais très bien dit "pas d'épiso" juste avant qu'elle le fasse, et elle a répondu ""mais si je coupe pas, ça va se déchirer"
2009	J'ai eu une épisiotomie malgré mon refus et sans réelle raison médicale (pas de souffrance fœtale). L'épisiotomie a été mal faite et j'ai eu une reprise une semaine après l'accouchement sous anesthésie générale. J'ai énormément souffert après l'opération et j'ai eu le droit d'avoir un peu de morphine que 12h après l'opération malgré mes supplications. La sage-femme a essayé de m'appuyer sur le ventre sans me demander pendant l'accouchement mais je l'ai repoussé !
2007	J'ai refusé l'épiso faite quand même et j'aurais souhaité que la poche se perce seule mais on ne m'a pas demandé mon avis, j'étais à dilatation complète.
2006	J'ai refusé l'épisiotomie et la sage-femme me l'a faite quand même. Refus orale lorsqu'elle m'a posé la question. Pas de projet de naissance pour ce premier accouchement.
2006	Pour tous les éléments refusés, on m'a fait comprendre que j'avais pas le choix... On ne pouvait pas faire autrement : accélération contraction, perçage poche des eaux et épisiotomie.
2006	Malgré notre souhait en prenant une sage-femme libérale d'accoucher à notre rythme, et elle en était d'accord, nous avons vécu un accouchement classique avec une épiso terrible...
2006	Malgré mes demandes lors des consultations et le rappel lors de mon accouchement, j'ai subi une épisiotomie
2005	Je ne voulais pas de forceps, mais après 15heures de travail, je n'avais plus de forces pour pousser.

# Annexes

## Précisions

### Distribution des accouchements par année

Année d'accouchement	Nombre de réponses
Avant 2005	623
2005	342
2006	495
2007	660
2008	824
2009	1148
2010	1699
2011	2696
2012	2398
2013	404
(vide)	1
Total général	11290

### Accouchements exclus de l'analyse sur l'épisiotomie

#### Accouchements à domicile et accouchements par césarienne (1506)

Accouchement exclus de notre analyse	A domicile	Césarienne
<b>Avant 2005</b>	<b>28</b>	<b>65</b>
<b>2005-2009</b>	<b>193</b>	<b>308</b>
<b>2010-2013</b>	<b>274</b>	<b>638</b>
<b>Total domicile + césarienne</b>	<b>495</b>	<b>1011</b>
<b>Total exclus</b>		<b>1506</b>

#### Réponses inexploitable (40)

Accouchements pour lesquelles les réponses sur l'épisiotomie n'ont pas pu être exploitées

Dans 40 cas, à la question "avez-vous eu une épisiotomie", la réponse a été : Je ne sais pas ou laissée en blanc. Ces 40 réponses ont été exclues de nos calculs (0,7%)

#### Caractéristiques de population

Les primipares sont surreprésentées dans l'enquête Ciane. Elles sont en effet 47% dans l'enquête périnatale 2010, alors qu'elles sont 64% dans l'enquête Ciane pour 2010-2013. Pour cette raison, pour les mesures qui diffèrent entre ces deux populations (épisiotomie, forceps) nous prenons soin de présenter séparément les résultats pour les primipares et pour les multipares.

Année d'accouchement	Primipares	Multipares	Total général
Avant 2005	400	130	530
2005-2009	2247	721	2968
2010-2013	4000	2285	6285
Total général	6647	3136	9783

### Cohérence de l'enquête Ciane avec les chiffres nationaux

Comparaison avec les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français

Taux d'épisiotomie	Ciane avant 2005	Marge d'erreur Ciane	CNGOF 2002-2003	Marge d'erreur CNGOF	Conclusion
primipares	66%	5%	66%	non documentée	pour les primipares, données Ciane avant 2005 similaires aux données CNGOF 2002-2003,
multipares	39%	9%	31%	non documentée	données Ciane avant 2005 ne sont pas en contradiction avec les données CNGOF 2002-2003, étant données les marges d'erreur

### Comparaison avec l'enquête nationale périnatale 2010

Taux d'épisiotomie	Ciane année 2010	Marge d'erreur Ciane	Enquête périnatale 2010	Marge d'erreur Enquête périnatale	Conclusion
primipares	45%	3%	44%	3%	Pour les primipares, données Ciane 2010 similaires à celles de l'enquête périnatale 2010
multipares	19%	5%	14%	5%	Pour les multipares, données Ciane 2010 ne sont pas en contradiction avec celles de l'enquête périnatale 2010, étant donné les marges d'erreur

## Chiffres d'épisiotomie communiqués par les établissements

Nous présentons dans le tableau ci-dessous des chiffres donnés par les établissements eux-mêmes. Ce sont tous des établissements qui ont des taux en dessous de la moyenne nationale, parfois même très inférieurs. Les établissements au-dessus de la moyenne nationale ne communiquent pas leurs taux.

Etablissement	Taux d'épisiotomie	Source
CHU Besançon	3,4%	Article <a href="http://www.em-consulte.com/article/199639/article/épisiotomie-et-extraction-instrumentale-la-mise-a-">http://www.em-consulte.com/article/199639/article/épisiotomie-et-extraction-instrumentale-la-mise-a-</a>
34 - POLYCLINIQUE CHAMPEAU BEZIERS	7%	Site internet de l'établissement <a href="http://www.clinique-champeau.fr/pages/maternite/index.html">http://www.clinique-champeau.fr/pages/maternite/index.html</a> (consulté le 18 janvier 2013)
13 - CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX	8%	Site internet de l'établissement <a href="http://www.ch-aix.fr/public/fiche/gynecologie/">http://www.ch-aix.fr/public/fiche/gynecologie/</a> (consulté le 18 janvier 2013) confirmé par Fiche signalétique de la maternité (site du réseau périnatal Aurore)
69 - CENTRE HOSPITALIER MONTGELAS	8%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
01 - CH DU HAUT BUGEY	10%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
26 - HOPITAUX DROME NORD ROMANS	11%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CLINIQUE DU VAL D'OUEST-VENDOME	11%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CLINIQUE MUTUALISTE LA ROSERAIE - VENISSIEUX	12%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
07 - CH D'AUBENAS	14%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
01 - CLINIQUE MUTUALISTE AMBERIEU EN BUGEY	16%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
07 - CTRE HOSPITALIER DES VALS D'ARDECHE	16%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
26 - CENTRE HOSPITALIER MONTELIMAR	16%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
38 - CH BOURGOIN JALLIEU	16%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CH VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	17%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE - LYON	17%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
63 - C.H.U. ESTAING - CLERMONT-	18%	Source : article professionnel sur site de la Haute autorité de santé <a href="http://www.has-">http://www.has-</a>



FERRAND		<a href="http://sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po_011.pdf">sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po_011.pdf</a>
69 - HOPITAL FEMME MERE ENFANT BRON	18%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
63 - C.H.U. - HOTEL DIEU - CLERMONT FERRAND	19%	Source : article professionnel sur site de la Haute autorité de santé <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po_011.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po_011.pdf</a>
38 - CH DE VIENNE LUCIEN HUSSEL	20%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
26 - CENTRE HOSPITALIER VALENCE	20%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
38 - CLINIQUE ST-VINCENT-DE-PAUL - BOURGOIN JALLIEU	21%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
01 - CH FLEYRIAT BOURG-EN-BRESSE	22%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
76 - CH LILLEBONNE	22%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
#N/A	24%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CH LYON SUD MCO ET PSY - PIERRE BENITE	25%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - POLYCLINIQUE DE RILLIEUX	25%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - HOPITAL PRIVE NATECIA - LYON	25%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
07 - CLINIQUE PASTEUR GUILHERAND GRANGES	26%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
26 - CENTRE HOSPITALIER DIE	27%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CH ST JOSEPH ST LUC - LYON	27%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore
69 - CH DE SAINTE-FOY-LES-LYON	30%	Source : Fiche signalétique de a maternité (mise à jour 2012) sur site du réseau périnatal Aurore

## Références

Recommandations pour la pratique clinique Épisiotomie (Collège national des gynécologues obstétriciens CNGOF, 2005

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM)

Enquête nationale périnatale 2010

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)

Carte épisiotomie de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)

<http://afar.info/2013/la-carte-episiotomie>