

# Épisiotomie

Journée de formation de l'Ordre des  
sage-femmes de l'Oise  
1er avril 2011

Cette présentation est en complément de témoignages récents de femmes qui ont eu des épisiotomies (sources: associations, groupes de soutien). Ces témoignages ont été lus en première partie d'intervention.

Lors de cette intervention était aussi affiché le poster épisiotomie rédigé par le Ciane et qui avait été présenté aux journées de l'association Prescrire, en 2008. Ce poster est disponible et en accès libre (il peut être sans autorisation)

<http://www.scribd.com/doc/3087875/posterEpisio>

## Intervenantes représentantes d'usagers

**Cécile Bagard-Guiffard**

Bien naître en Normandie

**Emmanuelle Phan**

AFAR (Alliance francophone pour l'accouchement respecté)

Bien naître Nantes

Liste soutien-épisiotomie et site [episio.info](http://episio.info)

Ces associations sont membre du CIANE  
Collectif interassociatif autour de la naissance  
(agréé pour la représentation d'usagers)

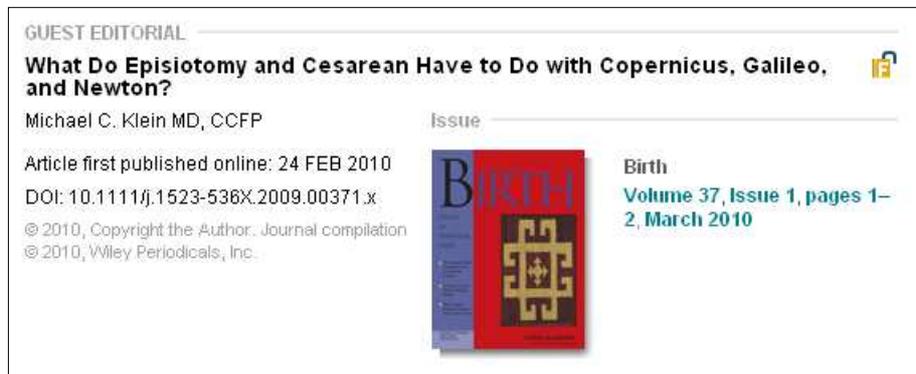
Budget du Ciane = environs 1000 euro par an

## L'épisiotomie depuis années 1980

- Avant
- Ere des doutes (1980-2000)
- Ere des données (2000-2005)
- Ere des droits des patients

Il s'agit d'un survol de ce que nous avons vu et vécu de l'évolution de cette pratique, en tant qu'usagers regroupés en associations

# Ere des doutes



journal BIRTH, Editorial Qu'est-ce l'épisiotomie a à voir avec Copernic, Galilée et Newton ? Michael C. Klein

Médecin qui est l'un des premiers à avoir voulu évaluer les avantages réels de l'épisiotomie dans les années 1980. Il décrit ici les obstacles auxquels il s'est heurté. « Dans les années 70 et 80, les croyances autour de la naissance ont été soumises à de fortes remises en question. Dans le monde, beaucoup ont commencé à penser que l'épisiotomie systématique n'avait pas de sens, était anormale et nécessitait une vraie étude. Au début des années 80, j'ai cherché un moyen de financer un test randomisé et contrôlé d'un tel geste, accepté par tous mais dont je pensais qu'il était inapproprié quand fait de manière systématique. Plus tard, je me suis battu pour que cette étude soit publiée quand tous voulaient la mettre au feu »

Noter que selon ce que je retiens des propos de Paul Cesbron, qui intervenait aussi à ces journées, la remise en cause de l'épisiotomie serait venue des femmes et féministes aux Etats Unis dans les années 1970-80.

## Ere des doutes

« Lorsque j'ai proposé un **essai randomisé et contrôlé** des pratiques établies, les premières réponses des agences de financement furent négatives. Les rédacteurs du Conseil de Recherche Médicale du Canada furent méprisants. Lorsque l'étude fut finalement financée par l'Agence de Santé du Canada, ce fut surtout parce que les femmes de l'agence y étaient favorables, et non les rédacteurs. Plus tard nous avons eu beaucoup de **difficultés pour publier les résultats** de l'étude. Les rédacteurs firent des commentaires misogynes et leur désir de voir l'étude disparaître étaient manifestes. »

Malgré les obstacles (dont il serait intéressant de faire l'histoire), depuis les années 1980, des études sont publiées

Et montrent que l'épisiotomie n'apporte pas les bénéfices qu'on supposait.

Mais, avant la généralisation d'internet, ces études étaient difficiles d'accès et très peu connues des professionnels et des usagers en France

## L'épisiotomie depuis années 1980

- Avant
- Ere des doutes (1980-2000)
- Ere des données (2000-2005)
- Ere des droits des patients

## Ere des données (2000)



Aux environs de 2000, l'accès à internet a été une grande étape

Les bases de données de publications médicales ont été accessibles à tous

Les « usagers » (les non professionnels, concernés d'une manière ou d'une autre) ont eu des espaces sur internet (forum, listes de discussions) où ils ont pu partager leur expériences

Et certains « usagers » qui donc avait accès aux bases de publications, ont aussi développé les compétences pour lire, comprendre, faire une synthèse critique des publications.

Sur un sujet comme l'épisiotomie, des « usagers » avaient vraiment en main les données qui montraient qu'il fallait revoir la pratique

Certains professionnels l'avaient aussi. Mais comment faire évoluer les pratiques quand on est « simple usager » ou « simple professionnel »?

## Ere des données



« nous souhaitons déposer un dossier de saisine auprès de l'Anaes pour la réalisation d'une Recommandation de Pratique Clinique en matière d'épisiotomie »

Ciane, 2004

En 2004, le Ciane nouvellement créée découvre que les lois de 2002 sur la participation des usagers dans le système de santé offrent quelques possibilités d'action. Ici, c'est la lettre des dirigeants du Ciane au ministre de la santé, demandant de saisir l'organisme ANAES (agence sanitaire dont les prérogatives ont été reprises par HAS) sur l'épisiotomie. En faisant cette demande, le Ciane avait à l'appui les références bibliographique et leur analyse. La saisie a été acceptée. <http://www.scribd.com/doc/2520535/Lettre-du-ciane-pour-saisine-sur-episiotomie-et-indication-damniocentese-Juillet-2004>



## Recommandation Collège des gynécologues obstétriciens (2005)

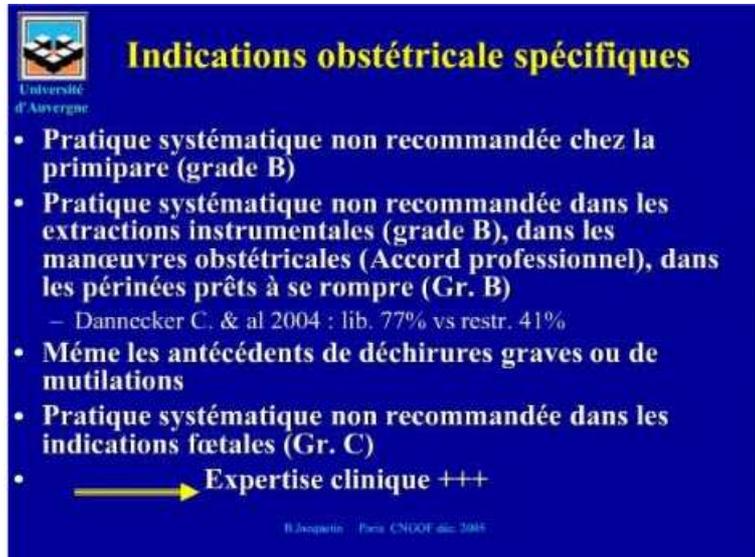


**Politique libérale ou restrictive ?**

- **Pas de bénéfices pour une politique libérale**
  - Sur le plan fœtal (grade C)
  - Sur le plan maternel (grade A)

Donc le CNGOF conclut que l'épisiotomie « libérale » (ou: systématique) n'a pas de bénéfice ni pour la mère, ni pour le bébé

## Recommandation Collège des gynécologues obstétriciens (2005)



**Indications obstétricales spécifiques**

- Pratique systématique non recommandée chez la primipare (grade B)
- Pratique systématique non recommandée dans les extractions instrumentales (grade B), dans les manœuvres obstétricales (Accord professionnel), dans les périnées prêts à se rompre (Gr. B)  
– Dannecker C. & al 2004 : lib. 77% vs restr. 41%
- Même les antécédents de déchirures graves ou de mutilations
- Pratique systématique non recommandée dans les indications fœtales (Gr. C)
-  Expertise clinique +++

B. Jaquetin - Paris CNGOF déc 2005

Et que même dans certains cas où on pouvait penser que la pratique était bénéfique, cela n'est pas prouvé:

- Primipare
- Extraction instrumentales, manoeuvres obstétricales
- Périnée prêt à se rompre
- Antécédents déchirure grave, mutilation
- Indications foetales

# Recommandation Collège des gynécologues obstétriciens (2005)

Article gratuit !



Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction  
Vol 35, N° 51 - février 2006  
pp. 77-80  
Doi : JGYN-02-2006-35-S1-0368-2315-101019-200509441

Recommen

[Texte des recommandations](#)  
[Guidelines](#)

**Plan** [Afficher le plan](#)

Le taux global d'épisiotomies en France, rapporté aux accouchements par les voies naturelles, bien qu'en décroissance depuis 1996-1997, était en 2002-2003 de 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare). Ces chiffres sont élevés comparativement à certaines données internationales. De plus, ces dernières années, une réduction d'ampleur variable du recours aux épisiotomies a été constatée dans d'autres pays occidentaux. Il existe de grandes variations entre les régions, les hôpitaux et les différents professionnels. En fait, pour interpréter correctement les différents taux d'épisiotomies, il est nécessaire d'utiliser des taux ajustés sur les facteurs de risque ou d'analyser ces taux sur des groupes de populations homogènes, en particulier les femmes à bas risque en différenciant les primipares des multipares.

(...) à la lumière de la littérature, le groupe de travail estime que le taux global national devrait se situer en dessous de **30%** des accouchements par voie basse (...)

Le CNGOF conclut donc qu'il n'y a pas d'avantage à l'épisiotomie systématique, même dans des situations spécifiques, mais reste très conservateur sur les taux objectifs: « à la lumière de la littérature, le groupe de travail estime que le taux global national devrait se situer en dessous de 30% des accouchements par voie basse ». Ce taux n'était en fait appuyé sur aucune donnée et le Ciane a fortement réagi (lettres au groupe de travail, presse)

## Rectificatif 3%



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIENS  
FRANÇAIS

Recommandations pour la Pratique Clinique sur l'épisiotomie  
RECTIFICATIF IMPORTANT

C'est 3% et non 30% qu'il  
fallait lire

Pour une raison technique très regrettable mais indépendante de notre volonté, un certain nombre d'erreurs typographiques n'ont pas été corrigées sur la dernière épreuve de ces RPC. Si la plupart ne prêtent pas à conséquence, nous tenons à signaler celle qui pourrait infléchir les pratiques dans un sens contradictoire avec les conclusions des travaux et les données de la médecine basée sur les preuves (EBM) : il a été annoncé (pages 5-6 du document précité) qu'à l'estimation du groupe de travail, *le taux global national devrait se situer en dessous de 30 % des accouchements par voie basse. Or c'est 3 %, et non 30 %, qu'il fallait lire.*

(j'ai hésité avant de mettre cela, mais l'occasion était trop belle dans le cadres de cette intervention, un premier avril)

Vous avez là un extrait d'une lettre du CNGOF qui a circulé en 2008. Cette lettre disait que les 30% étaient en fait une faute de frappe, et qu'il fallait lire 3%

Quand on regarde la date précise de cette lettre...

## Rectificatif 3% => poisson d'avril

Pour une raison technique d'erreurs typographiques, nous ne sommes pas prêts à consigner un sens contradictoire et sans preuves (EBM) : il a travaillé, le taux global est basse. Or c'est 3 %.

Un certain nombre de pratiques dans une ligne basée sur les données du groupe de recommandations par voie

non 30% qu'il ait lieu



Recommandation  
RE



Poisson d'avril 2008

On voit qu'il s'agissait d'un POISSON D AVRIL (1er avril 2008)

Mais, un peu plus tard, le CHU de Besançon a annoncé ses taux d'épisiotomie. Sachant qu'en 2003 ils étaient à 19% (vs 47% national), à combien sont-ils en 2007?

## 3% est un poisson d'avril, mais CHU 3,4% ?



### Conclusion

- Notre taux d'épisiotomie à 3,4% est largement plus bas que le taux recommandé à 30% par les RPC.
- Une politique d'épisiotomie restrictive est tout à fait envisageable sans pour autant augmenter les déchirures périnéales graves

3,4% d'épisiotomies en 2007, pas plus de déchirures graves

Sources

- Presentation <http://www.chu-besancon.fr/smf/sep2008/08-09-07.pdf>
- Riethmuller D. Épisiotomie et extraction instrumentale : la mise à mort des RPC du CNGOF ? À propos de l'article Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG 2008; 115:104—8

## L'épisiotomie depuis années 1980

- Avant
- Ere des doutes (1980-2000)
- Ere des données (2000-2005)
- Ere des droits des patients

## Respect des droits code de la santé publique, 4 mars 2002

- Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir **les soins les plus appropriés** et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des **connaissances médicales avérées**. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Code de la santé publique Article L1110-5
- Toute personne a le droit d'être **informée** sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, **leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles** qu'ils comportent ainsi que sur **les autres solutions possibles** et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Article L1111-2
- **Toute personne prend**, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, **les décisions concernant sa santé**. Article L1111-4

En matière de droit des patients, il ne nous semble pas déraisonnable de demander simplement que le code de la santé publique soit respectés. Nous voulons donc

-que « les soins les plus appropriés » pendant l'accouchement tiennent compte des connaissances avérées concernant l'épisiotomie. Donc que les recommandations soient connues et qu'on en tienne compte

-Que les femmes soient informées de l'utilité ou non de l'épisiotomie dans son cas précis. Ceci est vrai pendant l'accouchement mais également après l'accouchement (besoin de comprendre)

-Que l'article L111-4 « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » s'applique aussi aux femmes enceintes et aux femmes en train d'accoucher.

## L'épisiotomie depuis années 1980

- Avant
- Ere des doutes (1980-2000)
- Ere des données (2000-2005)
- Ere des droits des patients
- ... Conclusion?

## Conclusion

- Femmes sont souvent soit en confiance totale (ce n'est pas forcément bon), soit en défiance totale (ce n'est pas bon)
- D'où nécessité de créer un véritable dialogue et co-décision, fondée sur les trois piliers de l'EBM
  - Données, préférences du patient, expérience du médecin
  - Les approches « frondeuses » dans certains projets de naissance doivent appartenir à l'histoire, au même titre que l'approche paternaliste
- Mes observations empiriques
  - En cas de complication, les femmes rencontrent parfois la négation de la complication (« c'est dans la tête »)
  - Fils résorbables?

(l'assistance a réagi dans le même sens que nous à la mention des fils résorbables nous semblent souvent impliqués dans les complications d'épisiotomies. Le ressenti des professionnels rejoint donc celui de représentants d'utilisateurs)

## Références/liens

### Sites usagers

<http://www.biennaitreenormandie.org/>

<http://www.afar.info>

<http://www.episio.info>

<http://ciane.info> (blog)

<http://ciane.net>

### Recommandations

Journal de gynécologie obstétrique et  
biologie de la reproduction

<http://www.em-consulte.com/article/118012> (libre)

Ou voir <http://www.cngof.asso.fr/>  
(libre)

### Articles

Klein M

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00371.x> (libre)

Riethmuller D. Épisiotomie et extraction  
instrumentale : la mise à mort des  
RPC du CNGOF ? J Gynecol Obstet  
Biol Reprod  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2008.10.00>

### Présentation résultats

<http://www.chu-besancon.fr/smfc/sep2008/08-09-07.pdf>

Merci