

Université Lille II
Ecole de sages-femmes CHRU de Lille

Etat des lieux des connaissances des nullipares sur l'épisiotomie dans un contexte médiatique agité

Mémoire rédigé et soutenu par

Diane Loez

Sous la direction du Dr Julie Rivière

PROMOTION année 2018

GLOSSAIRE

CNGOF = Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

OMS = Organisation Mondiale de la Santé.

CIANE = Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

ANAES = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

HAS = Haute Autorité de Santé

FFRSP = Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

HCE = Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

CNOSF = Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PREMIÈRE PARTIE: GÉNÉRALITÉS	4
1. RAPPELS.....	5
1.1 <i>L'anatomie du périnée</i>	5
1.2 <i>Définition de l'épisiotomie</i>	6
1.3 <i>Les techniques d'épisiotomie</i>	6
1.4 <i>Les techniques de réparation</i>	8
1.5 <i>Les complications</i>	9
2. L'HISTORIQUE ET RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE L'ÉPISIOTOMIE	9
2.1 <i>Des débuts de l'épisiotomie à son utilisation libérale.</i>	9
2.2 <i>Remise en question et politique restrictive de l'épisiotomie</i>	10
2.3 <i>Evolution épidémiologie en France</i>	12
3. DROITS DES PATIENTS, CONSENTEMENT.....	14
3.1 <i>Droit des patients</i>	14
3.2 <i>Consentement éclairé</i>	15
4. PLACE DES MÉDIAS, D'INTERNET ET DES RÉSEAUX SOCIAUX DANS LA SANTÉ DES PATIENTS.	
.....	17
4.1 <i>Information et transmission</i>	17
4.2 <i>Médias et santé</i>	17
4.3 <i>Notion de « violences obstétricales » et polémique autour de l'épisiotomie en 2017</i>	
.....	19
SECONDE PARTIE : PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	22
1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES	23
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	24
2.1. <i>Outil de recherche</i>	24
2.2. <i>Population étudiée</i>	24
2.3. <i>Outil statistique</i>	24
3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	24
3.1 <i>L'échantillon</i>	24
3.2 <i>Connaissances sur l'épisiotomie</i>	27
TROISIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION	34
1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	35
1.1 <i>Les limites de l'étude</i>	35
1.2 <i>Les points forts de l'étude</i>	36
2. ANALYSE.....	37
1. <i>La population</i>	37
2. <i>Les connaissances sur l'épisiotomie</i>	37
3. <i>Les recherches sur l'épisiotomie</i>	38
4. <i>Les « violences obstétricales »</i>	39
CONCLUSION	41
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	43

Introduction

Ces dernières décennies, les rapports que les Français entretiennent avec la médecine se sont transformés. L'obstétrique n'a pas échappé à cette évolution. L'idée d'un accouchement réussi, jusque dans les années 1950, correspondait à un accouchement sans complications, particulièrement pour la mère. Puis, la survie du nouveau-né est devenue une priorité.

Depuis la découverte de l'analgésie péridurale, et le confort qu'elle entraîne, les attentes des patientes se sont majorées. L'accouchement (presque) sans douleur et (presque) sans risque est devenu une exigence.

De nos jours, le désir de retrouver un accouchement plus physiologique, moins médicalisé, se renforce. Les patientes sont toujours plus nombreuses à refuser un accouchement presque standardisé où leur consentement n'est pas recherché. Les projets de naissance fleurissent. Par ailleurs, les femmes se renseignent mieux sur leurs droits à « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins » qui leur sont proposés lors de l'accouchement. Ce mouvement général a entraîné une remise en question de certains gestes - parmi lesquels l'épisiotomie - jusqu'à lors considérés comme d'une grande banalité. Ce sujet, devenu sensible, se retrouve, entre autres, au cœur de débats depuis quelques années. L'année 2017, particulièrement, a été le théâtre d'un immense questionnement autour des « violences obstétricales » : de ce fait, l'épisiotomie a souvent été au premier plan.

En tant que sage femme, ces débats et cette remise en cause ont généré une grande réflexion, nourrie par les nombreuses remarques et les interrogations de mes proches. Déconcertée par ce brusque afflux de questions et l'ignorance qu'elles révélaient, il m'a semblé opportun de réaliser une enquête diffusée sur le réseau social Facebook, afin d'étudier les connaissances que les jeunes femmes, en âge de procréer et sans enfants, détenaient de la pratique de l'épisiotomie. Il m'a aussi paru intéressant d'essayer de mesurer l'impact que la polémique suscitée par lesdites « violences obstétricales » avait pu avoir.

Première partie: Généralités

1. Rappels

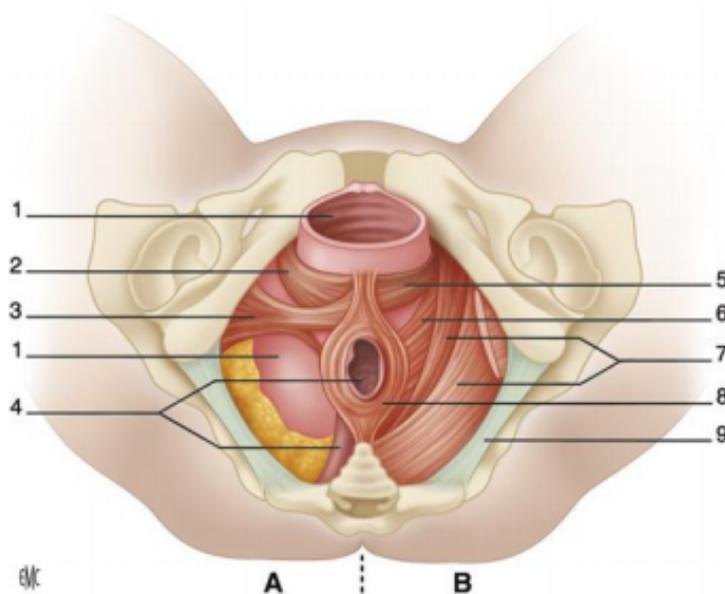
1.1 L'anatomie du périnée

Le périnée est défini par l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien.

Grâce aux muscles et aux aponévroses qui le constituent, les organes pelviens sont soutenus et les pressions abdominales équilibrées.

Le périnée permet d'assurer la continence urinaire et anale.

Il a la forme d'un losange avec un grand axe antéro-postérieur. Le périnée est limité en avant par la symphyse pubienne, latéralement par les branches ischio-pubiennes de l'os iliaque et les tubérosités ischiatiques, et en arrière, par le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux. [1]



Ampliation obstétricale de la vulve, du périnée, des muscles, pubovaginal et puborectal (vue périnéale). Côté A : muscle masséter du périnée ; côté B : muscle masséter du diaphragme pelvien. 1. Vagin dilaté par la présentation ; 2. muscle bulbocaverneux ; 3. muscle transverse superficiel ; 4. canal anal ; 5. muscle pubovaginal ; 6. muscle puborectal ; 7. muscle iliococcygien ; 8. muscle sphincter externe de l'anus ; 9. ligament sacrotubéral.

Source : VARDON D, REINBOLD D, DREYFUS M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013 ;8(1):1-16

1.2 Définition de l'épisiotomie

En grec ancien, *epision* signifie pubis et *tomie* coupure, section.

Plus exactement, l'épisiotomie ou périnéotomie est une section du périnée. Il s'agit d'une incision chirurgicale consistant à sectionner la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice vulvaire pour faciliter et accélérer l'accouchement. Cette technique est pratiquée avec une paire de ciseaux dont les lames sont positionnées, l'une entre la présentation fœtale et la partie postérieure de la vulve, et l'autre en dehors. [1]

Elle est effectuée sur le périnée au « petit couronnement », c'est à dire lorsque la présentation commence à distendre le périnée, lors d'une contraction utérine et pendant un effort expulsif.

1.3 Les techniques d'épisiotomie

Pour mémoire des précautions d'asepsie rigoureuses ainsi que du matériel stérile sont nécessaires. [2]

Il existe plusieurs techniques d'épisiotomie, parmi lesquelles :

1) L'épisiotomie latérale.

L'épisiotomie latérale débute au niveau de la fourchette et se dirige horizontalement à 90° vers la branche ischio-pubienne. Ce type d'incision comporte un risque de section du canal excréteur de la glande de Bartholin, à l'origine de kystes. Par ailleurs, sa réparation est délicate car il existe une possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique. [3]

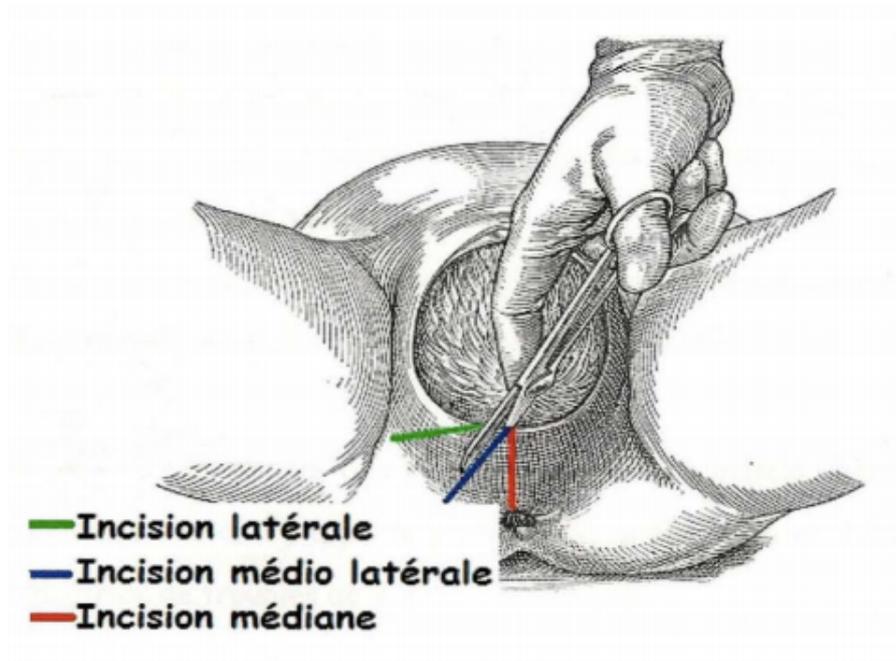
2) L'épisiotomie médiane.

L'épisiotomie médiane ou périnéotomie est très répandue dans les pays anglo-saxons.

Elle consiste en une section médiane de 4 centimètres qui part de la fourchette vulvaire pour se diriger vers l'anus. Ce type d'incision présente l'avantage d'être peu hémorragique, d'être plus anatomique et plus facile à réparer que les incisions médio-latérales. Surtout les douleurs durant le post-partum ou à la reprise des rapports sexuels sont moindres. Son inconvénient majeur, à l'origine de l'abandon de cette technique par la majorité des écoles françaises, est le risque de propagation de l'incision au sphincter anal. Le nombre de fistules recto vaginales est également majoré. [4]

3) L'épisiotomie médio-latérale.

L'épisiotomie médio-latérale est la technique la plus répandue en France. La section part de la fourchette vulvaire, en se dirigeant latéralement et en dehors vers la région ischiatique (soit un angle de 45° par rapport à la verticale). Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une section de six centimètres en moyenne afin d'augmenter suffisamment l'orifice vaginal. Le muscle pubo-rectal doit être sectionné dans sa totalité. [5]



1.4 Les techniques de réparation

1) En 3 plans

Cette technique consiste à suturer le plan vaginal, le plan musculaire et le plan cutané de manière indépendante.

2) Un fil un nœud

Dans cette technique, également appelée le « surjet continu », le plan vaginal, le plan musculaire, le plan sous cutané et le plan cutané sont suturés successivement avec le même fil.

Une revue comparant 16 essais contrôlés randomisés a démontré que les sutures sous-cutanées ainsi que les sutures continues engendraient moins de douleurs que les sutures discontinues. [6]

1.5 Les complications

1) A court terme

L'épisiotomie est associée à un risque plus élevé d'hémorragie du post-partum.

Les douleurs périnéales sont plus importantes dans le post-partum immédiat et dans les trois mois suivant l'accouchement.

L'épisiotomie génère également d'avantage de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum. [5]

2) A long terme.

A long terme, ont été décrits des granulations responsables de leucorrhées, de dyspareunies ou de saignements après un rapport sexuel, des endométriomes au niveau de la cicatrice d'épisiotomie mais également des abcès, des brides rétractiles, des béances vulvaires, et des fistules anales.

Des métastases de cancer préexistant à l'épisiotomie, comme le cancer du col de l'utérus, ont été signalées au niveau de la cicatrice d'épisiotomie. [1] [7]

2. L'historique et recommandations actuelles de l'épisiotomie

2.1 Des débuts de l'épisiotomie à son utilisation libérale.

La première description de l'épisiotomie est retrouvée au XVIII^e siècle. Sir Fielding Ould, médecin et écrivain médical irlandais décrit : « une incision vers l'anus avec une paire de ciseaux courbes en introduisant une des lames entre la tête et le vagin ». Il précise que celle-ci doit être réalisée lorsque le périnée est très rigide afin de sauver la vie de l'enfant et de lui éviter des complications graves. [8]

A l'époque, les conditions d'hygiène sont déplorables, et les épisiotomies ne sont pas suturées afin de limiter le risque infectieux.

En 1921, le Dr Joseph Bolivar DeLee, américain considéré comme l'un des pères de l'obstétrique moderne, préconise une utilisation routinière des forceps et de l'épisiotomie lors de l'accouchement des primipares.

Selon lui, ces méthodes permettraient de réduire non seulement les déchirures graves du périnée, mais diminueraient également la morbidité et la mortalité néonatale résultant d'une asphyxie. [9]

Malgré le peu de données corroborant ses propos, les obstétriciens utilisent plus largement ces pratiques afin de raccourcir la deuxième phase du travail [10].

Au cours du XX^e siècle, l'accouchement à domicile se raréfie, aboutissant à une médicalisation quasiment totale de l'accouchement. En 1983, l'épisiotomie, devenu un modèle de prophylaxie périnéale, est pratiquée dans plus de 60 % des accouchements. [11]

2.2 Remise en question et politique restrictive de l'épisiotomie

Dans les années 1980, Stephen Thacker et David Banta remettent en cause pour la première fois cet acte. Ayant réalisé une revue de littérature anglaise de 1860 à 1980, ils démontrent qu'il n'existe aucune preuve scientifique de son efficacité et remettent en question son utilisation libérale. Selon eux, elle pourrait engendrer plus de complications que les déchirures naturelles. [11]

D'autres professionnels de santé critiquent également sa pratique systématique et dénoncent ses effets néfastes. [10]

Au même moment, de nombreux essais cliniques se mettent en place (Flood, 1982 ; Harrison et al., 1984 ; Sleep, 1984). Ces travaux confirment que l'épisiotomie de routine ne doit plus être recommandée. [12-13-14]

En 1995, une étude rétrospective des documents publiés depuis 1980, étude réalisée par le Dr Woolley, « constitue le premier réquisitoire vraiment structuré contre l'utilisation large de l'épisiotomie ». Sa conclusion est que l'épisiotomie prévient uniquement du risque de déchirures du périnée antérieur. En revanche, les déchirures

périnéales postérieures, les pertes sanguines, le risque d'une cicatrisation inadéquate et le niveau de douleur sont majorés par l'épisiotomie. [10]

En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un guide pour promouvoir une maternité sans risques. Un objectif idéal de 10% d'épisiotomie est proposé. L'épisiotomie n'est plus considérée comme un geste préventif. [15]

Dans les années 2000, les études se poursuivent. Une méta-analyse de plusieurs essais randomisés est publiée dans Cochrane DataBase. Elle recommande une utilisation restrictive de l'épisiotomie. Ceci sera confirmé par une nouvelle méta-analyse réalisée quelques années plus tard. [16]

En l'absence d'épisiotomie, les lésions du périnée postérieur, les sutures et les complications sont moindres, même si le risque de lésion du périnée antérieur est augmenté. De même aucune différence concernant la douleur en post partum, les dyspareunies, l'incontinence urinaire et les déchirures sévères n'est mise en évidence [17].

En 2004, le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE), regroupement d'associations françaises, a dénoncé l'épisiotomie de routine dans une lettre au ministère de la Santé. Une enquête permettant d'évaluer cette pratique a été demandé auprès du ministère de la Santé et à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) devenue la Haute Autorité de Santé (HAS). [18]

En 2005, un groupe d'experts du CNGOF réalise une revue de littérature internationale comprenant 7 essais randomisés, réalisés entre 1984 et 2004.

Suite à ce travail, le CNGOF publie des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Ces recommandations ont pour objectif de faire descendre le taux d'épisiotomie en France sous le taux de 30%. D'après ces conclusions, les indications obstétricales pour réaliser une épisiotomie telle que la primiparité, l'extraction instrumentale ou encore une variété postérieure ne sont plus systématiques, cependant « une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ». [5]

Le CNGOF demande également la création de formations théoriques et pratiques sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur les techniques de réparation. Il insiste aussi sur l'importance de l'information aux patientes, conformément aux recommandations de la HAS.

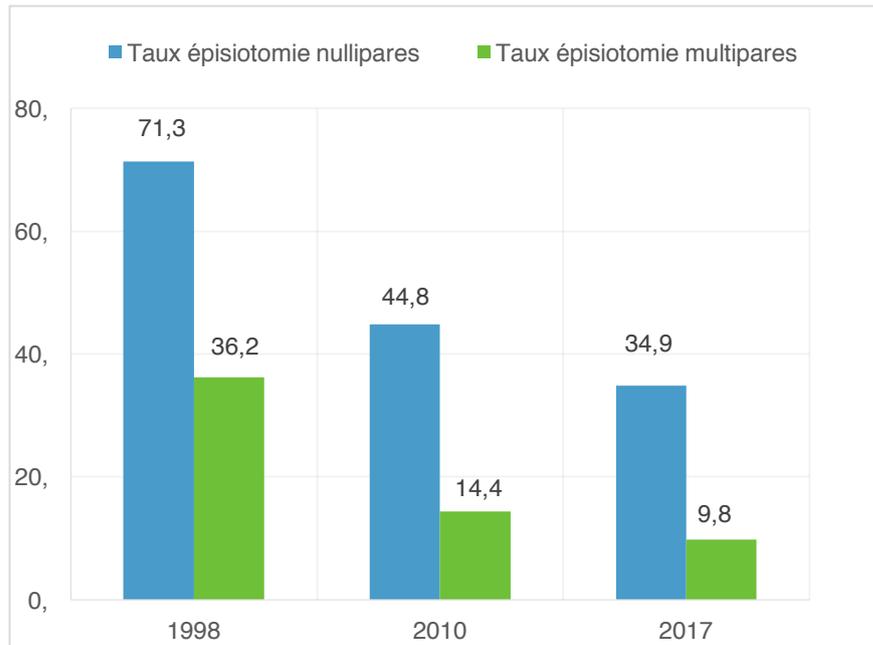
En réponse, à ces recommandations, le CIANE a fait de nouvelles déclarations, jugeant que ce taux de 30% restait trop élevé. [19]

2.3 Evolution épidémiologie en France

En France, depuis 1995, des enquêtes nationales de périnatalité sont réalisées à intervalle régulier (1995, 1998, 2003, 2010, 2016). Elles permettent de suivre l'évolution de la santé, d'orienter les politiques de prévention et évaluer les pratiques médicales. La dernière date de 2017. Elle se fonde sur un recueil d'information d'un échantillon représentatif des naissances ainsi que d'autres sources fiables, telles que le certificat de décès néonatal et le premier certificat de santé.

Si nous comparons les résultats de cette enquête avec ceux des précédentes, le taux d'épisiotomie est passé de 71,3% en 1998 à 44,8% en 2010 et à **34,9%** en 2017 pour les primipares ; et de 36,2% en 1998, à 14,4% en 2010 et à **9,8%** en 2017 pour les multipares.

On constate également que la diminution du taux d'épisiotomie ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des lésions sévères du périnée. [20]



Evolution du taux d'épisiotomie en France depuis 1998 (en %)

En décembre 2017, la HAS a publié les nouvelles recommandations pour la pratique clinique, conformes aux recommandations du CNGOF de 2005.

L'épisiotomie fait désormais partie des indicateurs qualité des maternités. Une étude se fondant sur l'enquête nationale de périnatalité de 2010 analyse la variabilité des taux d'épisiotomie entre les maternités des différentes régions. Les résultats montrent pour les primipares un taux situé entre 17 et 64%, et entre 3 et 21% pour les multipares. [20]

En janvier 2018, le journal *le Monde* en collaboration avec la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a publié le nombre d'accouchements, les taux de césariennes, de péridurales et d'épisiotomies dans chaque maternité en 2016. 82% des maternités ont publié leurs taux qui sont donc accessibles en ligne. [22]

Lors des 41^e journées nationales du CNGOF à Lille, le CNGOF a demandé à ce que toutes les maternités publient leurs statistiques.

En juin 2018, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes a publié : « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et

mettre fin à des violences longtemps ignorées ». La 2^e recommandation de ce rapport est de : « Rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité ». [23]

3. Droits des patients et consentement

La notion de « droit du malade » apparaît pour la première fois dans l'arrêt Teyssier de 1942 qui affirme l'obligation, pour le médecin, de recueillir le consentement du patient à des examens ou à la mise en place d'une thérapeutique. Cet arrêt s'inscrit dans une évolution générale du droit français, tout au long du 20^e siècle, à la faveur de laquelle les malades se voient accorder de nouveaux droits face aux professionnels de santé dans plusieurs domaines : recherche biomédicale, protection des données, libre choix du praticien et de l'établissement de santé.

A partir des années 1980 et dans le courant des années 1990, la pandémie de SIDA et une succession de crises sanitaires posent avec force les questions de la participation des « usagers » du système de santé et de la garantie de la qualité des soins.

C'est dans ce contexte qu'à l'initiative du premier ministre Lionel Jospin, un travail législatif est entrepris qui aboutit à la loi du 4 mars 2002, « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », dite loi Kouchner, du nom du ministre de la santé alors en fonction.

3.1 Droit des patients

Ainsi, la loi du 4 mars 2002 proclame le *droit fondamental à la protection de la santé*, qui doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles. Les établissements de santé doivent garantir l'**égal accès** de chaque personne aux soins nécessités par son état et assurer la **continuité des soins** et la **meilleure sécurité sanitaire possible**. [24]

Est également posé le **principe de non discrimination**, notamment en raison des caractéristiques génétiques. [25]

La personne malade a droit au respect de sa dignité. [26]

3.2 Consentement éclairé

La loi Kouchner consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le **consentement libre et éclairé** du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, **le droit du patient d'être informé sur son état de santé**. [27]

3.2.1 Consentement éclairé

L'information et le consentement du patient constituaient une obligation déontologique pour tous les médecins et les sages femmes et une obligation contractuelle pour les médecins libéraux.

Néanmoins, l'information délivrée restait souvent plus ou moins claire et incomplète.

La jurisprudence avait défini le régime juridique de l'obligation du médecin, notamment s'agissant de la charge de la preuve de l'information et des conséquences résultant du défaut d'information.

La loi du 4 mars 2002 a choisi de renforcer cette obligation en apportant de nombreuses précisions sur les conditions de sa réalisation.

Le consentement du patient constitue tant un droit pour ce dernier qu'une obligation forte pour le praticien.

Le défaut d'information est actuellement l'un des principaux vecteurs de mise en cause de la responsabilité des établissements et des professionnels de santé.

Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé, et plus précisément sur :

- les différents traitements, actes et investigations proposés,
- leur utilité,
- leur nécessité ou leur urgence éventuelle,
- leurs conséquences directes et celles en cas de refus,
- leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles,

- l'existence d'alternatives.

Le patient doit ainsi disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle, pour pouvoir donner de manière libre et éclairé son consentement aux actes médicaux et aux traitements.

Lorsque des risques nouveaux sont identifiés postérieurement, la personne concernée doit en être informée, sauf s'il est impossible de la retrouver.

L'information précédemment définie doit être délivrée personnellement par le médecin, lors d'un entretien individuel qui lui est spécifiquement consacré, mais elle peut s'appuyer soit sur des documents écrits, soit des schémas élaborés au cours de l'entretien ou préparés à l'avance sur différents supports qui sont commentés au patient.

Aucun acte médical, aucun traitement, ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment. [26]

Il en va de même lors de l'enseignement clinique, les étudiants doivent rechercher le consentement de la personne examinée et ainsi respecter les droits des malades.

3.2.2 L'information et le consentement dans le cadre de l'épisiotomie

Le 25 janvier 2018, la HAS publie un communiqué de presse intitulé : « Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement ». Il annonce : « La HAS insiste sur les informations à délivrer aux femmes et aux couples : elles doivent être claires et loyales, concerner les différentes étapes de l'accouchement ainsi que l'ensemble des interventions médicales possibles ou nécessaires durant le travail et l'accouchement. » [28]

4. Place des médias, d'internet et des réseaux sociaux dans la santé des patients.

4.1 Information et transmission

Selon le Larousse, l'information peut être définie de différentes façons :

- Action d'informer quelqu'un, un groupe, de le tenir au courant des événements,
- Indication, renseignement, précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose,
- Tout événement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours, de sons,
- Nouvelle communiquée par une agence de presse, un journal, la radio, la télévision.

Actuellement la transmission de cette information se fait par différents canaux : les médias traditionnels (la presse, la radio, la télévision) mais aussi internet et les médias sociaux. Par médias sociaux s'entendent toutes les plateformes digitales accessibles par Internet (blogs, forums, réseaux sociaux...). Ces nouveaux médias occupent une place importante, vu le grand nombre de personnes « touchées ».

4.2 Médias et santé

Les professionnels de la santé et des institutions de santé publique ne constituent plus désormais pour les patients les uniques sources de savoir. En effet, Internet et les réseaux sociaux sont des outils d'information et de partage des connaissances de plus en plus utilisés par la population.

Ainsi, ces nouvelles technologies d'information et de communication représentent un moyen essentiel de diffusion, de sensibilisation et d'interventions en prévention et promotion de la santé. Elles permettent d'accroître, tant chez l'individu en bonne santé que chez le patient, une capacité d'expertise et de choix face à la

maladie. Ces nouvelles technologies ont modifié en profondeur les rapports entre patients et professionnels de santé.

Ces technologies ouvrent également la voie à de nouveaux modes d'interventions basés sur une participation plus active des individus et des patients.

Internet est devenu un outil essentiel du quotidien. Un grand nombre de patients se tient informé par ce biais. En 2010, un sondage émanant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, montre que 71 % des Français cherchent des informations médicales ou de santé sur internet. [29]

Selon une étude de la HAS, « Les patients internautes estiment que la consultation d'Internet leur permet de mieux comprendre la maladie, son traitement et, à un moindre degré, les aide à mieux se prendre en charge et à mieux participer à la prise de décision concernant leur santé. » [30]

Pour les internautes, la vérification des informations passe par une discussion avec les professionnels de santé, la comparaison avec différents sites sur le même sujet ainsi que des discussions avec l'entourage. D'après les différentes études réalisées, les patients accorderaient plus de crédit à l'information si elle provient d'un site gouvernemental ou d'une organisation professionnelle. Cependant, seul un petit nombre en vérifie la source ou la date [30].

Ceci illustre la volonté des patients de participer activement à leur santé et le passage d'un modèle paternaliste à un modèle autonomiste au sein duquel le patient peut prendre part aux décisions concernant sa santé. L'échange d'informations n'est plus unidirectionnel mais partagé.

4.3 Notion de « violences obstétricales » et polémique autour de l'épisiotomie en 2017

Depuis quelques années, les témoignages de femmes sur le vécu de leur grossesse et, ou, de leur accouchement, ont fait émerger le sujet des « violences obstétricales ».

A partir des années 2000, l'usage du terme de violences obstétricales se répand dans les pays anglo-saxons puis en Europe.

C'est en 2007, au Venezuela, qu'une première définition juridique de la violence obstétricale est donnée : "...l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé. Ceci est exprimé par un traitement déshumanisé, une hyper médicalisation, et une conversion des processus naturels en processus pathologiques, entraînant, pour les femmes, une perte d'autonomie et de la capacité de décider librement de leur corps et de leur sexualité, ce qui a une incidence négative sur la qualité de leur vie ". [31]

En France, Marie-Hélène Lahaye, juriste de profession, féministe et auteure du blog « Marie accouche là », publie un premier article le 13 novembre 2013 désignant l'épisiotomie comme une violence obstétricale. « Dans l'échelle de gradation des tortures, la plus redoutée, celle qui finit par faire céder les prisonniers les plus récalcitrants, celle qui consiste en un châtiment le plus extrême, est la mutilation. Et dans sa forme la plus sordide, la mutilation sexuelle. Après avoir enduré pendant des heures les supplices précédents, après être arrivée au bout des tourments infligés, la parturiente ne pouvait voir son accouchement se conclure qu'en point d'orgue avec la violence ultime qui consiste à subir une section du vagin au bistouri ou aux ciseaux, une mutilation qui a le nom délicat et aseptisé d'épisiotomie. » [32]

Quelques années plus tard Marie-Hélène Lahaye a par ailleurs proposé une définition du terme « violence obstétricale » : « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou

qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. »

En 2014, le hashtag « #PayeTonUtérus » est lancé sur Twitter par une étudiante en pharmacie. Ce mot-clé avait pour but de rassembler des témoignages de personnes sur leurs expériences avec le corps médical, en gynécologie. Plus de 7000 personnes ont partagé leur vécu, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son lancement.

La parole avait commencé à se libérer par le biais des réseaux sociaux.

Le 20 juillet 2017, Madame Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, relance officiellement le débat en annonçant devant la Délégation aux Droits des femmes du Sénat que « En France, le taux d'épisiotomies est de 75 %, alors que l'OMS préconise d'être autour de 20-25 % ». Elle demande un rapport sur les « violences obstétricales » au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). [33].

Ce taux erroné déclenche la colère des représentants des gynécologues obstétriciens. S'en suivra une longue période de débat entre féministes et gynécologues, où ne sera pas abordé le problème réel et parfois institutionnel des violences faites aux femmes.

Le 25 juillet 2017, Pr Israël Nisand, président du CNGOF, cite l'enquête de périnatalité parue en 2017 qui indique que le taux des épisiotomies en France est de 27% des accouchements.

Il précise : « Le Conseil national de l'Ordre des médecins regrette par conséquent que la Secrétaire d'Etat ait ainsi, sans se rapprocher au préalable de professionnels qui auraient été en mesure de lui apporter des informations mises à jour et documentées, attaqué l'ensemble d'une profession dont la bienveillance envers les femmes est la tâche quotidienne, au risque d'aggraver la défiance des femmes envers le corps médical dans son ensemble, mais aussi de décourager de possibles vocations

pour des spécialités médicales aujourd'hui en souffrance en termes démographiques. » [34]

Le 27 juillet 2017, le Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes (CNOSF) publie un communiqué de presse. Dans celui-ci, il se prononce en faveur de la demande de rapport sur les « violences obstétricales » au HCE. [35]

Les échanges par communiqué de presse entre Madame Marlène Schiappa et le CNGOF ont été relayés par de nombreux médias : l'Agence France presse, le Huffingtonpost, le Figaro, l'Express, Libération, Ouest France, l'OBS, 20 minutes, ... Dans ces titres, le terme de violence est associé à celui d'épisiotomie ou d'accouchement.

- « Actes non consentis, épisiotomies « à vifs », déclenchements abusifs ... Que se passe-t-il dans les maternités ? » 20 minutes. 25 juillet 2017
- « Episiotomie : derrière la polémique, une vraie violence. » Libération. 26 juillet 2017
- « Episiotomies imposées : « Autour de l'utérus d'une femme, il y a un cerveau ». » Marianne. 26 juillet 2017
- « Violences obstétricales : quand l'accouchement tourne au cauchemar. » Ouest France. 2 août 2017
- « Accouchement et maltraitance : « La révolution est en marche ». » L'OBS. 30 août 2017

La polémique ne se cantonne pas à la presse nationale, mais enflamme les réseaux sociaux. Sur Facebook et Twitter, la polémique prend de l'ampleur et donne naissance à de nombreux blogs.

Seconde partie : présentation de l'étude

1. Objectifs de l'étude et hypothèses

En 2017, de nombreux articles concernant les « violences obstétricales » ont été publiés dans la presse et sur les réseaux sociaux.

Suite à cela, de nombreuses personnes de mon entourage m'ont contacté afin d'avoir des précisions sur l'épisiotomie. Certaines pensaient qu'il s'agit d'un acte réalisé systématiquement, d'autres que le consentement de la patiente n'était jamais demandé, toutes souhaitent savoir ce que c'était vraiment...

Cette demande d'information a constitué le point de départ de cette étude.

En effet, les jeunes femmes s'intéressent de plus en plus à leur santé ainsi qu'à leurs droits concernant les actes médicaux dont elles bénéficient.

L'information à notre époque émane de toute part : internet et les réseaux sociaux, télévision, radio, presse écrite... Cependant, elle n'est pas toujours fiable.

Problématique :

Quelle est l'influence de la polémique concernant les « violences obstétricales » sur les connaissances que les femmes en âge de procréer ont de l'épisiotomie ?

La finalité de cette étude est de faire l'état des lieux des connaissances que les jeunes femmes ont de l'épisiotomie dans un contexte médiatique agité.

Une hypothèse a été émise : les informations délivrées par les médias ou les réseaux sociaux pousseraient les femmes à se renseigner sur l'épisiotomie.

2. Matériel et méthodes

2.1. Outil de recherche

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, le recueil de données a été fait par le biais d'un questionnaire.

Ce dernier a été réalisé grâce au site Google form. La diffusion du questionnaire a été faite par le biais du réseau social « Facebook » de manière anonyme. Ce mode de diffusion a permis d'obtenir un large panel de femmes en France.

2.2. Population étudiée

Dans cette étude nous nous sommes intéressés aux femmes en âge de procréer, résidant en France.

Le seul critère d'exclusion était la parité.

2.3. Outil statistique

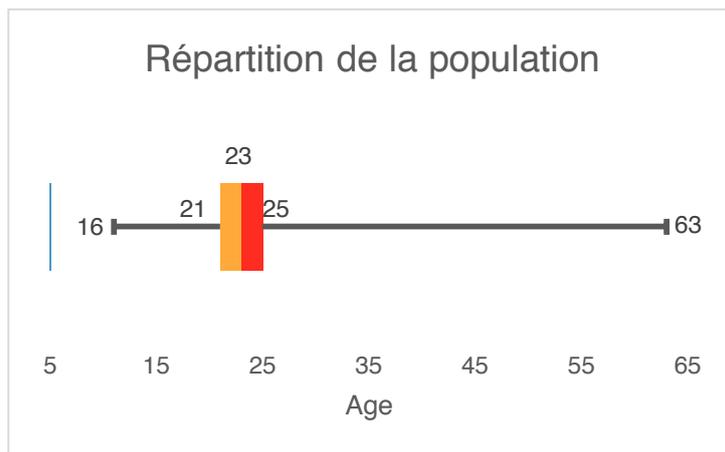
Les réponses au questionnaire ont été saisies sur une base de données Excel et analysées.

3. Présentation des résultats

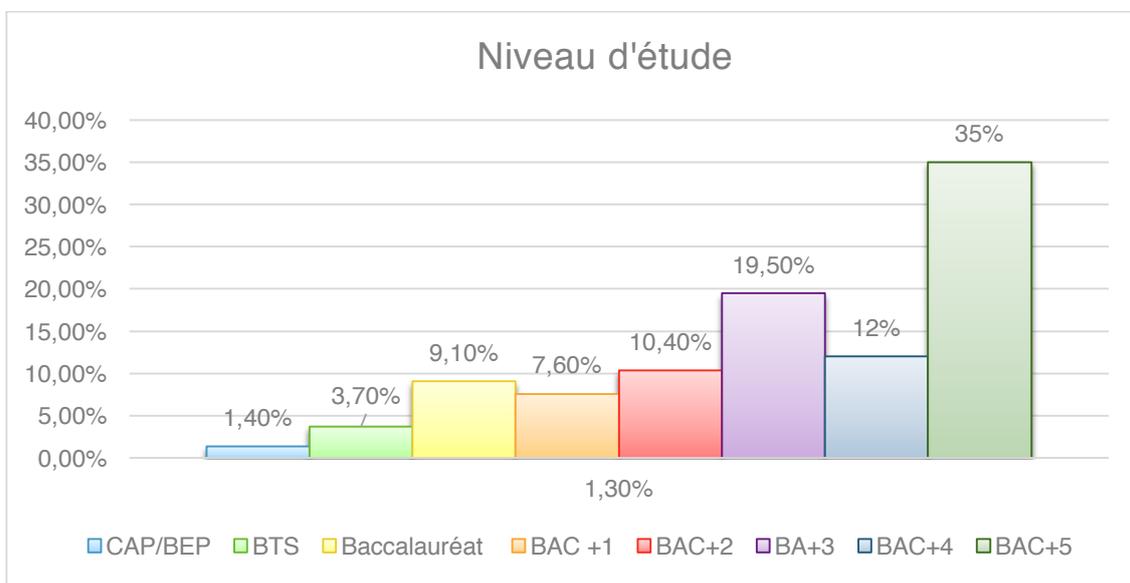
3.1 L'échantillon

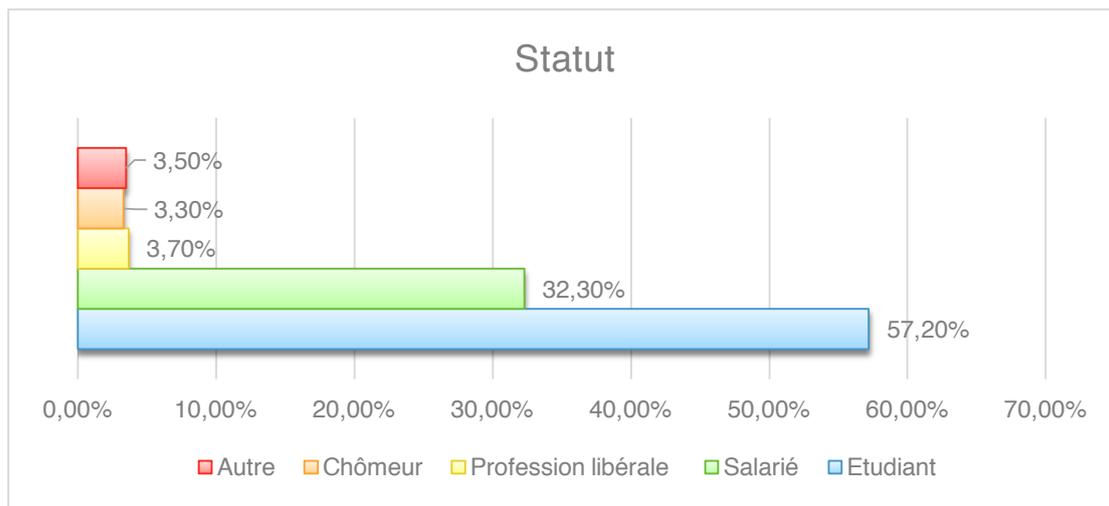
1246 femmes ont participé à notre enquête.

La moyenne d'âge est de 24 ans. L'âge minimal était de 16 ans et 63 ans pour l'âge maximal. L'écart type est de 8,8 ; on peut donc en conclure que l'âge d'au moins 70% de la population se situe entre 16 et 33 ans.

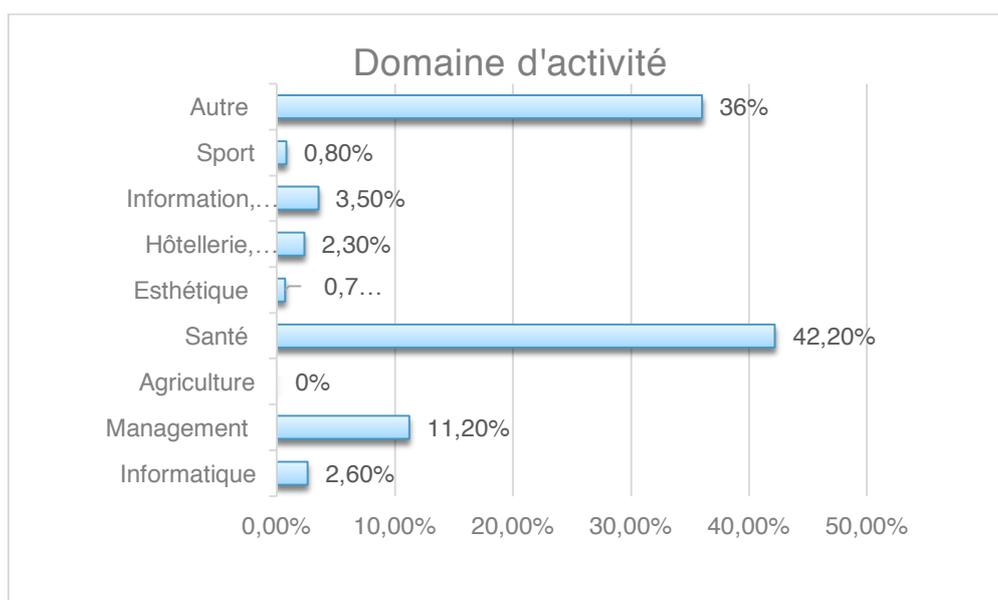


On a constaté que le temps passé sur internet n'était pas corrélé avec le fait d'être plus informé sur l'épisiotomie. 80 % des gens passant entre une et deux heures sur internet (n=365) se disent informés sur l'épisiotomie alors que dans la population passant plus de quatre heures sur internet (n=327), seulement 65 % se déclarent informés.



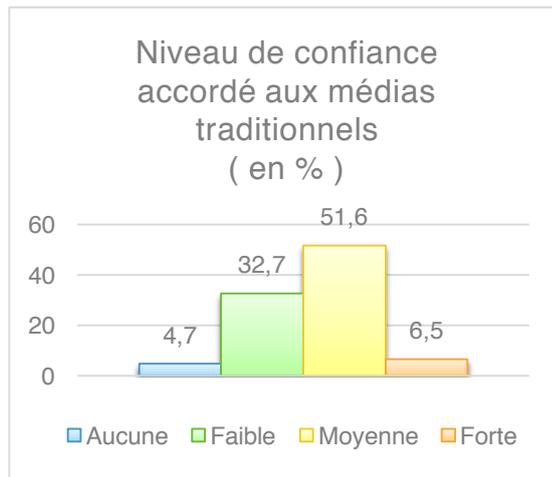
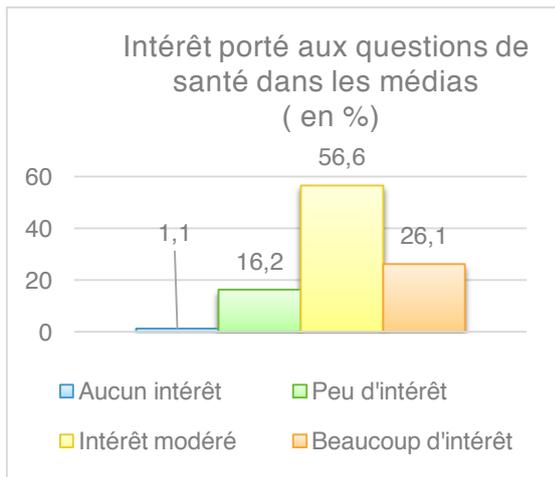


A noter : parmi les 713 étudiants, 313 étudient dans le domaine de la santé (soit 43,9 %).



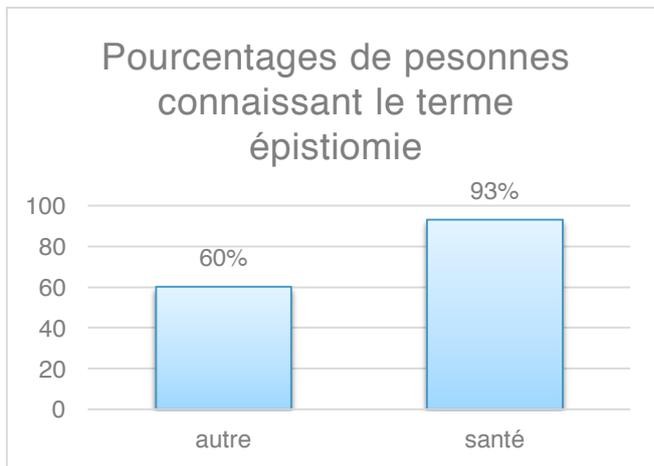
Au regard des réponses à la question « Dans quel domaine étudiez ou travaillez-vous ? », nous avons décidé de regrouper les domaines : sport/ information-communication/ hôtellerie-restauration/ esthétique/ management et informatique/ autre, qui représentent 57,1% de notre population. Et, pour certaines questions, de comparer les réponses de ce groupe avec les réponses des personnes travaillant ou étudiant dans le domaine de la santé.

Pour cela nous avons utilisé des tableaux croisés entre les questions.



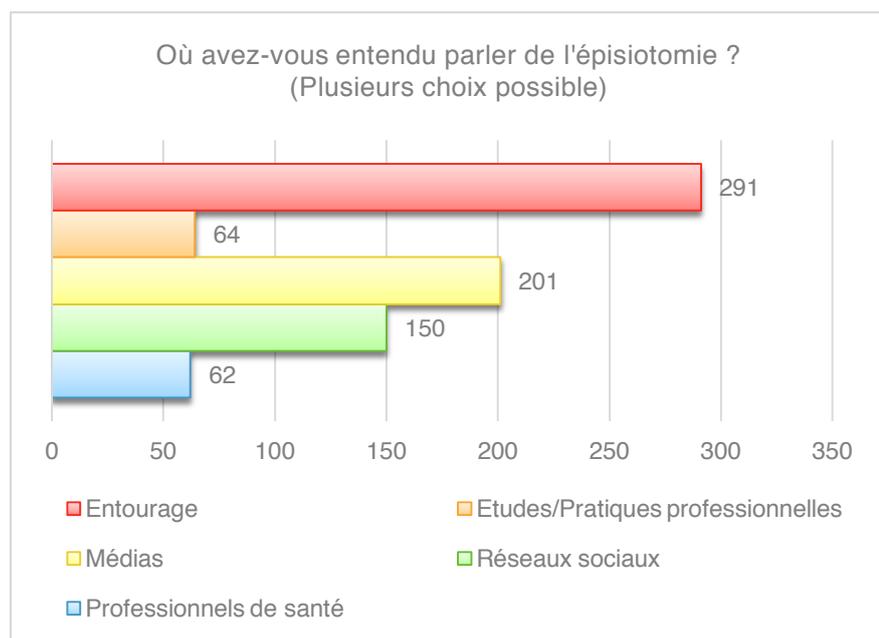
3.2 Connaissances sur l'épisiotomie

74,2 % de la population avait déjà entendu parler de l'épisiotomie.



Parmi les 924 ayant déjà entendu parlé de l'épisiotomie, 87% en avait entendu parler avant cette année.

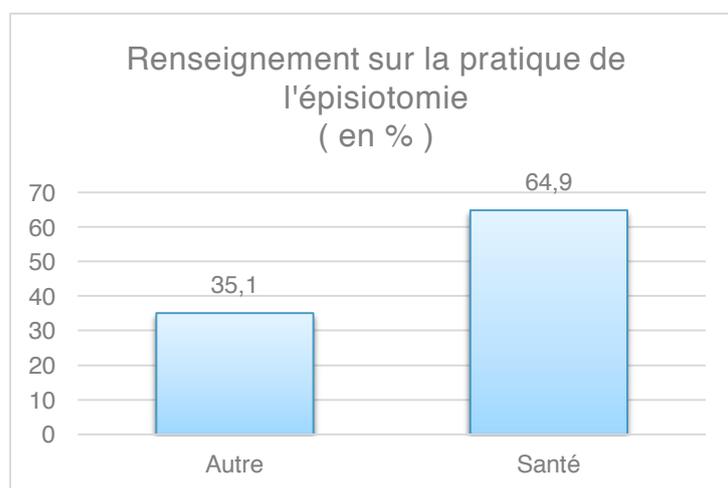
Le graphique ci-joint nous donne les résultats de la question pour les personnes ne travaillant pas dans le domaine de la santé (n=401)



Concernant le groupe santé, mise à part le fait que ses membres ont été informés pendant leurs études à 76% (n=523), 28,7% (150) en ont entendu parler par les réseaux sociaux, 31,7% (166) par les médias, et 45,9% (240) par leur entourage.

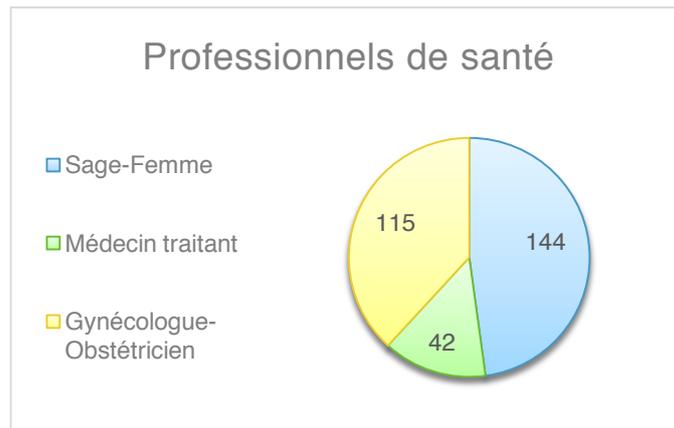
54,3% de la population générale ne s'est pas renseignée sur la pratique de l'épisiotomie. On constate que 1,5% n'est pas intéressé par le sujet.

54,2 % des femmes souhaitant programmer une grossesse dans l'année à venir ont l'intention de se renseigner sur l'épisiotomie dans un futur proche. On notera que 81,40% des femmes ayant participé à notre étude n'ont pas l'intention de programmer une grossesse dans l'année à venir. Et en cas de grossesse, 55,3% de notre population générale a l'intention d'en discuter avec l'équipe médicale.



514 personnes se sont renseignées sur l'épisiotomie. Plusieurs réponses étaient possibles :

	N=514	Pourcentage
Sites officiels	234	45,5%
Professionnels de santé	301	58,5%
Entourage	153	29,8%
Sites non officiels	120	23,3%
Presse féminine	83	16,1%
Wikipédia	79	15,4%
Forum sur internet	77	15%
Revue de grossesse	58	11,3%
Dictionnaire	32	6,3%



A la question « selon vous qu'est ce que l'épisiotomie ? » 857 personnes ont répondu (n=1246) : « Une incision de la peau et des muscles permettant d'agrandir l'orifice de la vulve »

- 466 soit 88,6% des personnes dans le domaine de la santé
- 391 soit 54,3% des personnes n'appartenant pas au domaine de la santé

Dans le tableau suivant, nous avons comparé les réponses de la population générale avec celles du domaine de la santé.

Les pourcentages population générale comprennent donc les réponses de l'ensemble de l'échantillon et nous avons isolé celles des personnes appartenant au domaine de la santé.

Les questions étaient à choix multiples.

	Population générale			Population santé		
	N=1246	%	Part de la population santé	N=526	%	
Pour vous l'épisiotomie est un acte pratiqué lors d'une première naissance ?	A chaque accouchement	16	1,3%	25%	4	0,7%
	Dans 75% des cas	211	16,9%	38,9%	82	15,6%
	Dans 50% des cas	136	10,9%	38,2%	52	9,9%
	Dans environ 35% des cas	325	26,1%	51%	166	31,6%
	Dans environ 10% des cas	177	14,2%	72,8%	129	24,5%
	Dans 1% des cas	24	1,9%	58,3%	14	2,6
	A même taux dans chaque maternité	17	1,4%	64,7%	11	2,1%
	Ne sait pas	388	31,1%	20,9%	81	15,4%
A quoi pensez-vous que sert l'épisiotomie ?	Eviter les incontinences urinaires	45	3,6%	71,1%	32	6,1%
	Eviter les incontinences anales	76	6,1%	61,8%	47	8,9%
	Eviter les déchirures « graves »	875	70,2%	48%	420	79,8
	Accélérer l'accouchement lorsque nécessaire	559	44,9%	47,9%	268	50,9%
	Aucune de ces propositions	26	2,1%	26,9%	7	1,3%
	Ne sais pas	213	17,1%	10,7%	23	4,4
D'après vous quels professionnels de santé peuvent réaliser une épisiotomie ?	Gynécologues-Obstétriciens	1032	82,8%	48,4%	499	94,9%
	Sage-Femmes	710	57%	53,5%	380	72,2%
	Anesthésistes	33	2,6%	30,3%	10	1,9%
	Aides soignants	17	1,4%	17,6%	3	0,6%
	Autre	14	1,1%	14,3%	2	0,4%
	Ne sais pas	165	13,2%	8,5%	14	2,6

		N=1246	Population générale	Population santé	
				N=526	%
Avez-vous entendu parler des «violences obstétricales» ?	Oui	792	63,6%	394	74,7%
	Non	413	33,1%	127	24%
	Ne sait pas	41	3,3%	5	0,01%
Pensez-vous que l'épisiotomie fasse parti des «violences obstétricales» ?	Oui	272	21,8%	111	21%
	Non	340	27,3%	205	38,9%
	Peut-être	327	26,2%	142	26,9%
	Ne sait pas	307	24,8%	68	12,9%
Pensez-vous qu'il soit possible de refuser une épisiotomie ?	Oui	634	50,9%	339	64,3%
	Non	205	16,5%	99	18,8%
	Ne sait pas	407	32,7%	88	16,7%

Il est intéressant de constater que 49,2% de la population ne sait pas ou ne pense pas qu'il soit possible de refuser une épisiotomie.



La dernière question était : « Avez-vous des remarques, des précisions à apporter », 89 personnes ont répondu.

- 8 personnes ont répondu « non ».
- 16 réponses étaient hors sujet.

Nous avons classé les 65 autres réponses de la façon suivante :

- Réponses exprimant une ignorance et souhaitant des explications :

“Est-ce douloureux ? Avec quel instrument cette incision est-elle faite ?”

“Je ne sais absolument pas ce que c’est donc je vais aller voir”

- Réponses exprimant des craintes pouvant aller jusqu’au refus de grossesse :

“L’idée d’avoir une épisiotomie me bloque dans le projet d’avoir un enfant”

“L’épisiotomie est l’une des raisons qui fait que j’ai très peur de tomber enceinte et d’accoucher”

- Réponses exprimant que ce n’est pas une violence

- Dans aucun des cas :

“ Étant professionnelle de santé et future maman, l’épisiotomie a été peu à peu diabolisée par les médias et rangée dans la case violence obstétricale mais il ne faut pas oublier que le professionnel qui l’effectue ne le fait pas par plaisir mais par nécessité.”

- Sous conditions : explications, nécessité et acceptation par la parturiente

« Je ne pense pas qu’elle fasse partie des violences obstétricales si elle est faite pour la santé de la mère et du bébé, si elle est expliquée avant et approuvée par la femme. Je pense qu’elle ne doit pas être un automatisme à chaque accouchement »

- Réponses exprimant que c’est une violence

- Si elle est faite sans explication, nécessité ou consentement, ce qui est pratiquement équivalent au groupe précédent mais une nuance existe entre les 2

« Violences obstétricales si fait sans le consentement de la femme... »

- Si elle est faite trop souvent, voire systématiquement

“Je pense qu'une épisiotomie est parfois nécessaire mais que c'est rare et que dans les trop nombreux (même si je n'ai pas de chiffres en tête) cas où elle est utilisée sans être nécessaire médicalement, c'est une violence obstétricale.”

Troisième partie: analyse et discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Les limites de l'étude

Dans cette étude plusieurs biais sont apparus :

1) 42,2% de la population travaille ou étudie dans le domaine de la santé

Le domaine de la santé est très vaste. Selon le code de santé publique les professionnels de santé se distinguent en 3 branches [36] :

- Les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes
- Les professions de la pharmacie
- Les professions d'auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophonistes, opticien, prothésistes, aides-soignants, ambulanciers, ...)

Dans notre étude, il aurait été intéressant de savoir dans quelle catégorie se trouvent les personnes appartenant au domaine de la santé.

47,9% des personnes travaillant dans le domaine de la santé ont minimum un BAC+5.

2) 57,2% de la population de l'étude est constituée par des étudiants. En France, les étudiants représentent 3,9% de la population.

3) La moyenne d'âge de notre population est de 24 ans ce qui est assez jeune.

La moyenne d'âge des femmes françaises est de 42,8 ans [37]. On l'explique par le fait que les femmes ayant déjà accouché ont été exclues. Pour mémoire, la moyenne d'âge pour la première grossesse est de 28,5 ans en France, selon l'INSEE [38]

Il aurait pu être intéressant de faire une comparaison de ces 2 populations. Afin de comparer leurs connaissances de l'épisiotomie ainsi que leurs réponses aux questions concernant les « violences obstétricales »

4) 448 personnes soit 36 % de la population ont répondu « autre » à la question dans quel domaine travaillez ou étudiez vous ? Certains corps de métier ont été oubliés comme l'ingénierie, l'art, le droit, l'immobilier...

1.2 Les points forts de l'étude

1) Le fait obtenir 42,2 % de réponses de la population en santé nous a permis de faire des analyses supplémentaires en comparant cette partie de la population avec les réponses regroupées de personnes travaillant ou étudiant dans les autres domaines.

2) La taille de l'échantillon constitue un des points forts de notre étude. Ce grand nombre de réponse a été rendu possible par un questionnaire anonyme, diffusé par internet sur le réseau social Facebook.

Plusieurs personnes ont partagé le lien initial, de ce fait des « amis d'amis » ont pu y avoir accès et le partager également.

Ce mode de diffusion cible un public relativement jeune et connecté, qui pouvait être touché par ce sujet particulièrement médiatisé en 2017.

3) La première question a exclu de l'étude les patientes ayant déjà accouché, afin de s'assurer de la nulliparité des participantes.

2. Analyse

1. La population

Notre population est exclusivement composée de femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

93,6 % de notre population possède le baccalauréat et 35 % des personnes ayant répondu à notre étude ont minimum un BAC+5. Notre population a donc un niveau d'étude supérieur très élevé. Ce qui n'est pas très représentatif de la population française

Leur point commun est un accès à internet et une connexion aux réseaux sociaux puisque le questionnaire a été diffusé sur Facebook.

2. Les connaissances sur l'épisiotomie

70,2 % de notre population pense que l'épisiotomie prévient des déchirures dites « graves » du périnée. Le CNGOF a retenu la classification en 4 stades, les stades III et IV correspondant aux lésions sévères du périnée. Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et les différentes études ont démontré que l'utilisation libérale de l'épisiotomie en comparaison avec une utilisation restrictive ne prévient pas du risque de survenue des déchirures stade III et IV. [5]

44,9 % de notre population pense que l'épisiotomie peut être judicieuse lorsque l'accouchement doit être accéléré, en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Or la pratique systématique de l'épisiotomie n'a pas fait ses preuves quant à l'amélioration de l'état néonatal.

Concernant le taux d'épisiotomie lors d'une première naissance, 26,1 % ont bien répondu 35 %, soit le taux annoncé lors de la dernière enquête nationale de périnatalité datant de 2016.

Madame Marlène Shiappa, en 2017, affirmait que le taux d'épisiotomie en France était de 75 %. Cependant, seuls 16,9 % de la population a répondu 75 %, parmi lesquels 38,9 % de la population santé. [33]

3. Les recherches sur l'épisiotomie

Le sujet de l'épisiotomie ne laisse pas indifférent. C'est un sujet dont on parle, en effet 57,4 % (N=924) des personnes de notre étude ont entendu parler de l'épisiotomie par le biais de leur entourage.

On remarque aussi une part importante de personnes informées par les médias (39,6 %) et les réseaux sociaux (31 %).

45,3 % de ceux ayant déjà entendu parler de l'épisiotomie n'ont pas souhaité s'informer davantage sur ce geste.

Pour les 47,8 % (N=514) qui se sont renseigné sur l'épisiotomie, les sources d'informations étaient diverses.

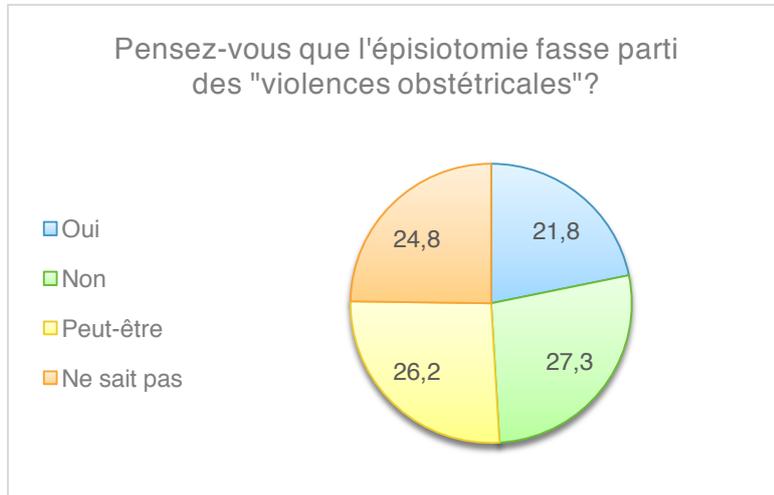
59,9 % des personnes s'étant renseigné sur l'épisiotomie appartiennent au groupe travaillant ou étudiant dans la santé, ce qui peut expliquer que 230 personnes (44,7%) ont fait des recherches sur des sites officiels.

Accéder aux sites officiels demande des recherches plus approfondies, en effet, dans le moteur de recherche internet Google, aucun site officiel n'est proposé sur la première page. Lorsque l'on entre le mot « épisiotomie » les premiers sites qui nous sont adressés sont : Wikipédia, des articles de *Au Féminin*, *Marianne*, le *Figaro santé*... Et certaines des informations relayées ne sont plus d'actualité.

- Dans l'article du journal *Au Féminin*, datant de 2015, on apprend que : « L'épisiotomie a pour but de réduire les risques de déchirure graves et complexes du périnée. »
- Pour Futura santé : « En France, 80 % des femmes ont une épisiotomie lors de leur premier accouchement »
- Pour le blog Gynandco « Impossible d'être certaine à 100% que vous n'allez pas subir d'épisiotomie lors de votre accouchement » « dans les cas d'accouchements par forceps ou avec d'autres instruments, l'épisiotomie s'avère nécessaire. »

4. Les « violences obstétricales »

64% de notre échantillon a entendu parlé des violences obstétricales



Ce graphique nous montre que la question de considérer ou non l'épisiotomie comme une violence divise la population

Les réponses à la question ouverte nous montrent également à quel point le sujet divise.

En effet, 40% de la population du domaine de la santé pense que l'épisiotomie ne fait pas partie des violences obstétricales. En comparaison, 20% de la population n'appartenant pas au domaine de la santé pense la même chose.

En tant que soignant, le désir de bien faire et de ne pas nuire nous est inculqué depuis le début de nos études jusqu'au moment où nous prêtons serment.

50,9 % pensent qu'il est possible de refuser une épisiotomie, les futures parturientes pensent qu'elles peuvent jouer un rôle et être actrices de leur accouchement.

Dans la médecine actuelle, le consentement est devenu une obligation déontologique.

Les plaintes des parturientes concernant une pratique jugée abusive de l'épisiotomie ne sont pas faites auprès de la justice française mais auprès des associations d'usagers.

Le 29 juin 2018, le HCE a remis son rapport sur les violences obstétricales. Il la donne définition suivante : « Les violences gynécologiques et obstétricales sont les

actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologiques et obstétricales des femmes ».

« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s »

Le HCE a défini 6 types d'actes, dont : « Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente »

Ce rapport nous apprend qu'une femme sur deux ayant eu une épisiotomie s'est plainte d'un manque ou d'une absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie.

L'étude de la HCE ne nous renseigne pas sur l'information reçue par les femmes sur les actes pratiqués ni sur le recueil de leur consentement.

Au sujet de l'épisiotomie, il serait intéressant d'approfondir le sujet du recueil du consentement des patientes en salle de naissance. [31]

Conclusion

Même si le sujet intéresse les jeunes femmes, l'épisiotomie reste un acte méconnu quant à sa fréquence et à ses techniques.

Longtemps considéré comme un geste médical systématiquement associé à l'accouchement, l'épisiotomie est remise en question depuis le début des années 2000.

Les récentes polémiques autour des violences obstétricales, les déclarations de madame Schiappa, l'accessibilité à l'information médicale et les nouvelles recommandations du HCE ont progressivement amené le sujet de l'épisiotomie sur la place publique.

Ce sont principalement les femmes, unies au sein de collectifs associatifs qui ont demandé une réévaluation des indications de l'épisiotomie au Collège National des Gynécologues Obstétriciens. Néanmoins, la remise en question de l'épisiotomie progresse plus ou moins rapidement, selon les établissements. En effet, dans certains hôpitaux, comme le CHU de Besançon, le taux d'épisiotomie ne dépasse pas 1% alors que d'autres maternités affichent encore des taux de 45%, ce qui exacerbe la polémique et majore l'incompréhension des patientes.

Les femmes demandent aux professionnels de santé à ce que la loi Kouchner soit respectée. Les textes précisent que les soignants doivent une information loyale, claire et appropriée avant tout acte médical.

Cependant, cette information éclairée peut entraîner un refus éclairé et c'est précisément cette situation à laquelle les praticiens ne sont ni préparés ni habitués.

Dans le cadre de l'épisiotomie, à quel moment doit se faire le recueil du consentement ? Devons-nous considérer que nous nous trouvons dans une situation où l'urgence nous permet de ne pas recueillir le consentement de la patiente ? Et dans quelle mesure notre formation nous a-t-elle appris à recueillir un consentement dans la situation d'urgence relative de l'accouchement imminent ?

Concernant son inscription dans le cadre des violences obstétricales, aucun consensus clair ne se dégage même si un cinquième des personnes ayant répondu pensent que l'épisiotomie en est bien une. De l'incompréhension à la défiance, il n'y a qu'un pas. Et la méfiance des patients vis à vis du corps médical s'en trouve renforcée.

C'est à nous, soignants dédiés à la santé des femmes, de nous adapter à cette nouvelle époque où le système médical patriarcal est remis en question, afin de rétablir la confiance entre les patients et les soignants.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] VARDON D, REINBLOND D, DREYFUS M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes - EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013;8(1):1-16
- [2] VERSPYCK E, SENTILHES L, ROMAN H, SERGENT F, MARPEAU L. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 35, N° S1 - février 2006 pp. 40-51
- [3] FODSTAD K, STAFF AC, LAINE K. Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. Int Urogynecology J. 2014;(12):1629.
- [4] SCOTT JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obstet Gynecol Clin North Am. juin 2005;32(2):307- 21, x.
- [5] CNGOF - L'épisiotomie (2005) : Recommandations pour la pratique médicale. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
[Consulté le 30 septembre 2017]
- [6] KETTLE C, DOWSWELL T, ISMAIL KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews
- [7] LANGER B, MINETTI A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 35, N° S1 - février 2006 pp. 59-67
- [8] OULD F. A Treatise on Midwifery in three parts. Dublin: Nelson and Charles Connor;1742.
- [9] DELEE JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol. juill 2002;187(1):254-5.
- [10] WOOLEY R. Benefits and risks of episiotomy : a review of the English language literature since 1980. Part 1&2. Obstet Gynecol Surv.1995;50:806-35.
- [11] THACKER S, BANTA H. Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 1983;38:322-38.
- [12] FLOOD C. The real reasons for performing episiotomies. World Med 1982;6(17): 51 [Engl Ed].
- [13] HARRISON RF, BRENNAN M, NORTH PM, REED JV, WICKAM EA. Is routine episiotomy necessary? Br Med J 1984;288 (6435):1971-5 [Engl Ed].
- [14] SLEEP J. Episiotomy in normal delivery. Nursing 1984;2:614 [Fr Ed].

- [15] OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 1996. [en ligne]. http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_fr.pdf?ua=1 [consulté le 10/04/2018]
- [16] CARROLI G, MIGNINI L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2009;(1):CD000081.
- [17] CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000081.
- [18] CIANE. Lettre au ministère de la santé. [en ligne] <https://ciane.net/2004/07/ministeredelasante272004/> [consulté le 10/12/2017]
- [19] CIANE. Lettre à l'HAS. [en ligne] <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.ciane.info%2Farticle-1994310.html> [consulté le 10/12/2017]
- [20] INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010
- [21] CHUILON A. L., LE RAY C., PRUNET C., BLONDEL B. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement, La revue Sage-femme. Volume 15, numéro 5, pp. 228-237
- [22] BARUCH J, MOTET L, DURAND A-A. « Taux de césarienne et d'épisiotomie... : comparez les maternités près de chez vous ». Le Monde [en ligne] https://www.le-monde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html [consulté le 20/01/2018]
- [23] Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [en ligne] <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et> [consulté le 30/06/2018]
- [24] Article L.1110-1 du Code de la Santé Publique.
- [25] Article L.1110-3 du Code de la Santé Publique.
- [26] Article L.1110-4 du du Code de la Santé Publique.
- [27] Article L.1110-2 du Code de la Santé Publique.
- [28] Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement – Haute Autorité de Santé [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement [consulté le 20/05/2018]

[29] Conseil National de l'Ordre des Médecins, Ipsos Public Affairs. Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins [en ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-unemeilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982> [consulté le 10/02/2018]

[30] Le patient internaute (Revue de la littérature) – Haute Autorité de santé. [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf [consulté le 15/02/2018]

[31] D'Gregorio, Rogelio Pérez. “Obstetric violence : a new legal term introduced in Venezuela.” International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 111 3 (2010): 201-2.

[32] LAHAYE MH. Des femmes accouchent même sous la torture. [en ligne] <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2013/11/13/des-femmes-accouchent-meme-sous-la-torture/> [consulté le 26/04/2018]

[33] SCHIAPPA M. Audition devant la Délégation aux Droits des femmes du Sénat. [en ligne] http://videos.senat.fr/video.379101_59704ef4e76fa.audition-de-mme-marlene-schiappa-secretaire-d-etat-chargee-de-l-egalite-entre-les-hommes-et-les-fem?timecode=1518000 [consulté le 08/10/2018]

[34] NISAND I. Communiqué de presse de l'Ordre des médecins. [en ligne] <http://www.cngof.fr/patientes/presse/474-communiques-du-cngof> [consulté le 08/10/2018]

[35] Communiqué de presse. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité - Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/> [consulté le 08/10/2018]

[36] Qui sont les professionnels de santé ? – Direction de l'information légale et administrative. [en ligne] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html> [consulté le 30/06/2018]

[37] Age moyen et âge médian de la population en 2018 – Institut national de la statistique et des études économiques [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476> [consulté le 30/06/2018]

[38] Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Institut national de la statistique et des études économiques [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280> [consulté le 30/06/2018]