



HAL
open science

**L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette
compétence, étude de l'impact des recommandations de
2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en
France**

Anaïs Pierre

► **To cite this version:**

Anaïs Pierre. L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette compétence, étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881580

HAL Id: hal-01881580

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881580>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

L'épisiotomie :



Pour ne pas se couper de cette compétence,

*Etude de l'impact des recommandations de 2005 sur
la formation des étudiants sages-femmes en France*

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs PIERRE

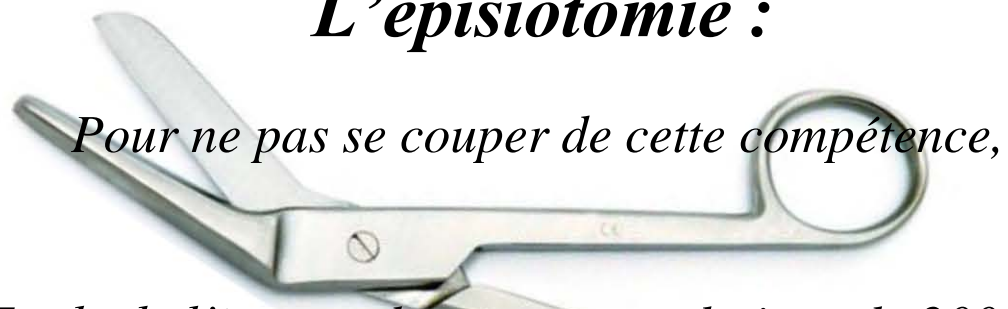
Née le 18 octobre 1987

Promotion 2007-2011

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

L'épisiotomie :



Pour ne pas se couper de cette compétence,

*Etude de l'impact des recommandations de 2005 sur
la formation des étudiants sages-femmes en France*

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs PIERRE

Née le 18 octobre 1987

Promotion 2007-2011

[Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.]

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame TERVER Eve, directrice de mon mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses nombreux conseils.

Je remercie également ma famille et mes amis qui ont su me soutenir tout au long de l'élaboration de ce travail, me donner des conseils mais aussi m'écouter.

SOMMAIRE

Introduction.....	Page 11
Première partie : Parallèle entre épisiotomie et formation des études de sage-femme.....	Page 12
1. L'épisiotomie.....	Page 13
1.1. Définition.....	Page 13
1.2. Le périnée.....	Page 13
1.3. Les différentes techniques concernant.....	Page 15
1.4. Les complications.....	Page 19
2. Evolution de la pratique de l'épisiotomie à travers le temps.....	Page 20
2.1. De la naissance de l'épisiotomie à l'ère du systématique.....	Page 20
2.2. Vers la non systématisation de l'épisiotomie.....	Page 21
2.3. Synthèse de l'évolution de la pratique de l'épisiotomie.....	Page 23
3. Evolution de la formation Sage-femme.....	Page 24
3.1. Le métier de Sage-femme.....	Page 24
3.2. La formation des études de sage-femme.....	Page 25
3.3. De l'apprentissage d'un acte à l'acquisition d'une compétence..	Page 28
Deuxième partie : Enquête auprès des étudiants sages-femmes deuxième année deuxième phase de France.....	Page 32
1. Présentation de l'étude.....	Page 33
1.1. Problématique.....	Page 33
1.2. Les hypothèses.....	Page 33
1.3. Objectifs.....	Page 33
1.4. Méthodologie.....	Page 33
1.5. Biais et difficultés.....	Page 34
1.6. Les écoles de sages-femmes ayant participé à l'étude.....	Page 34

2. Présentation des résultats.....	Page 35
2.1. Formation théorique au sein des écoles.....	Page 35
2.2. Formation pratique sur les lieux de stage.....	Page 43
2.3. Vécu de la formation et auto-évaluation des étudiants.....	Page 48
Troisième partie : Analyse, discussion et propositions.....	Page 53
1. Analyse des résultats.....	Page 54
1.1. Formation théorique au sein des écoles.....	Page 54
1.2. Formation pratique sur les lieux de stage.....	Page 59
1.3. Vécu de la formation et auto-évaluation des étudiants.....	Page 62
2. Discussion et propositions.....	Page 67
2.1. Formation théorique au sein des écoles.....	Page 67
2.2. Formation pratique.....	Page 68
2.3. Une fois diplômé.....	Page 69
Conclusion.....	Page 71
Bibliographie.....	Page 72
Annexes.....	Page 75

Introduction

L'épisiotomie est un acte souvent pratiqué en salle de naissances. Cependant, ces dernières années, sa fréquence a diminué et son taux s'élève à 41.3% selon les derniers chiffres AUDIPOG. en 2005, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a publié des recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Celles-ci prônent la non systématisation de cet acte.

Qu'en est-il alors de la formation actuelle des études de sage-femme à propos de cette compétence ?

Durant ma formation je n'ai pratiqué et suturé qu'une seule épisiotomie, suis-je la seule ou d'autres étudiants vivent-ils la même problématique ? Après un rapide sondage au sein de ma promotion, je me suis rendue compte que pour la plupart des étudiants, l'épisiotomie était rare voire inexistante et devenait ainsi source d'inquiétude.

Ceci m'a fait prendre conscience que les objectifs concernant la formation clinique minimale des études de sage-femme n'étaient pas toujours atteints pour une partie des étudiants. J'ai donc souhaité réaliser mon mémoire sur la formation des étudiants sages-femmes à l'épisiotomie, en réalisant une étude à l'échelon national. Ainsi, 139 étudiants de deuxième année deuxième phase ont répondu à un questionnaire abordant leur formation théorique et pratique à l'épisiotomie, le vécu de leur formation ainsi qu'une auto-évaluation.

En première partie, sera présentée la définition de l'épisiotomie, un rappel sur l'anatomie du périnée ainsi que les différentes techniques de réalisations et de réparations. Une revue de la littérature concernant la pratique de l'épisiotomie à travers le temps, et en particulier les bénéfices anciennement espérés de celle-ci seront mis en évidence. Et enfin, l'évolution de la formation des études de sage-femme, depuis ses débuts à aujourd'hui sera abordée.

En deuxième partie, les résultats de l'étude seront exposés, suivis de leur analyse *en troisième partie*.

Ce mémoire est donc réalisé dans le but de faire le point sur la formation des étudiants sages-femmes français à propos de l'épisiotomie et sa réfection.

Première partie :

Parallèle entre épisiotomie et formation des études de sage-femme

1. L'épisiotomie :

1.1. Définition :

« épisio- » préfixe grec relatif à la vulve ; « -tomie » préfixe grec relatif à la section ; l'épisiotomie ou périnéotomie est la section de la vulve ou plus généralement la section du périnée [1]. C'est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter et accélérer l'accouchement. La longueur de l'épisiotomie est de 6 cm, 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. La distension du périnée doit être telle que le faisceau pubo-rectal du releveur est intégré dans le plan superficiel. L'épisiotomie entraîne un saignement de 200 ml en moyenne.

1.2. Le périnée :

➤ Définition :

Le périnée est l'ensemble des parties molles fermant le détroit inférieur du pelvis. Il est constitué de fascias (moyen, superficiel, profonds), de nombreux muscles (obturateur interne, élévateur de l'anus, muscle transverse), et est traversé par l'anus et les organes uro-génitaux. Il a une forme losangique. Un événement important va venir perturber cet équilibre et détendre ces structures : l'accouchement. Le périnée est un " hamac " de muscles qui s'attachent devant, sur le pubis et, derrière, sur la base de la colonne vertébrale (coccyx).

L'urètre, l'anus et le vagin passent à travers ce hamac musculaire. Il représente un groupe de muscles bien caché. Il n'est pas très grand mais il soutient à lui seul tous les organes situés au niveau du bassin. Il joue un rôle primordial dans le maintien de la continence. En contractant le périnée, l'on exerce une pression sur l'urètre, le vagin ou l'anus. C'est cette pression qui empêche le passage d'urine.

➤ Anatomie :

Sur le plan topographique, il est classique de distinguer le périnée urogénital (ou antérieur) situé en avant de la ligne tubéro-ischiatique et le périnée ano-rectal (ou postérieur) situé en arrière.

Le périnée est formé de trois plans musculaires selon Rouvière, et de deux plans selon Kamina [2].

Rouvière	Pubis	Noyau fibreux central du périnée	Coccyx	Kamina
Plan Profond	Releveur de l'anus	Releveur de l'anus	Releveur de l'anus	Diaphragme pelvien
Plan moyen	Sphincter externe de l'urètre	Transverse profond	Sphincter externe de l'anus	Périnée
Plan superficiel	Bulbo-spongieux Ischio-caverneux	Transverse superficiel	Sphincter externe de l'anus	Périnée

Figure 1 : Tableau regroupant les muscles du périnée selon Rouvière et Kamina [3]

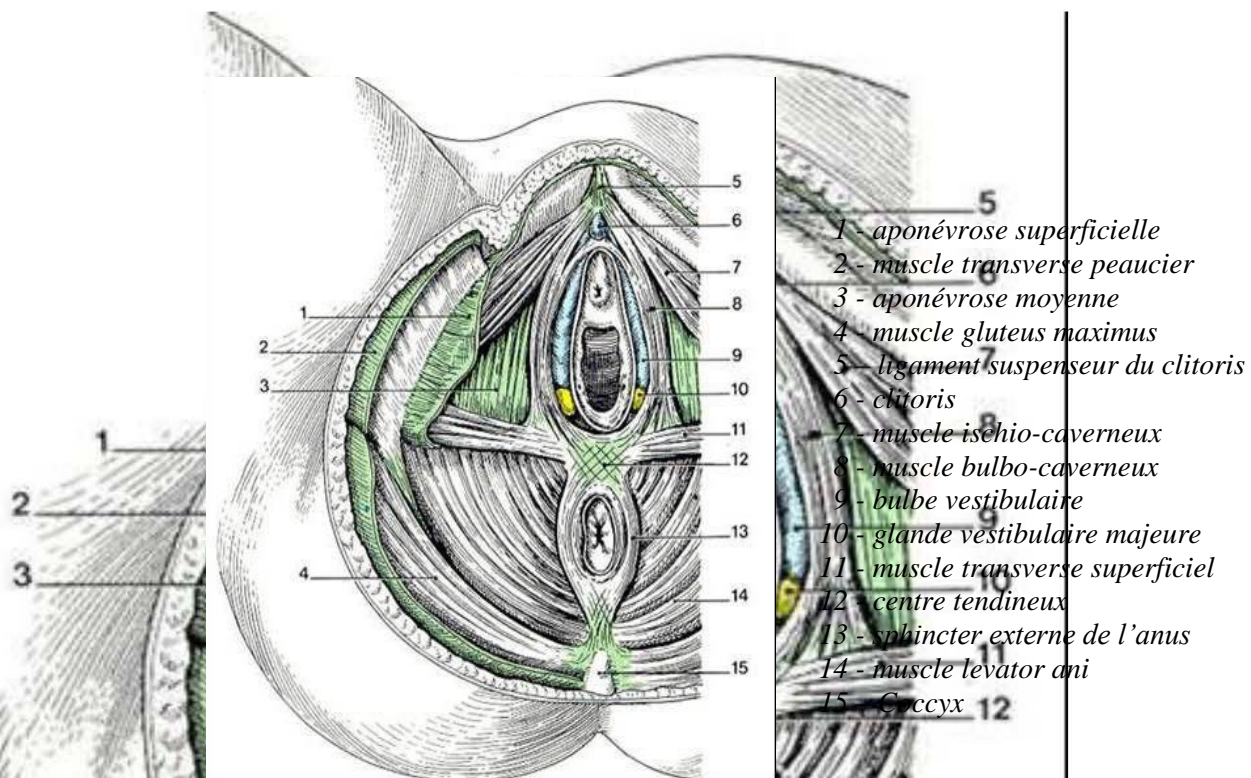


Figure 2 : Les muscles du périnée selon Kamina P [4].

1.3. Les différentes techniques concernant :

➤ La pratique :

✓ Les recommandations :

Le CNGOF recommande d'effectuer une épisiotomie médio-latérale et de ne plus effectuer d'épisiotomies médianes car celles-ci sont associées à plus de déchirures du 3e ou du 4e degré. Les autres techniques sont présentées à titre indicatif.

✓ Episiotomie médio-latérale :

L'épisiotomie médio-latérale est la plus répandue en France. La section doit partir 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). Il est recommandé selon le CNGOF une section de six centimètres en moyenne afin d'augmenter suffisamment l'orifice vaginal. 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. Celle-ci doit être effectuée au petit couronnement, lors d'un effort expulsif ou d'une contraction. Elle doit sectionner successivement la peau, le vagin, les muscles superficiels, et surtout le muscle pubo-rectal dans sa totalité.

✓ Episiotomie médiane ou périnéotomie :

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 a comme avantages d'être peu hémorragique, d'être plus anatomique et facile à réparer que les incisions médio latérales et enfin d'être moins douloureuse dans le post-partum ou à la reprise des rapports sexuels. L'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.

✓ Episiotomie 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 avec possibilité de déhiscence vulvaire asymétrique.

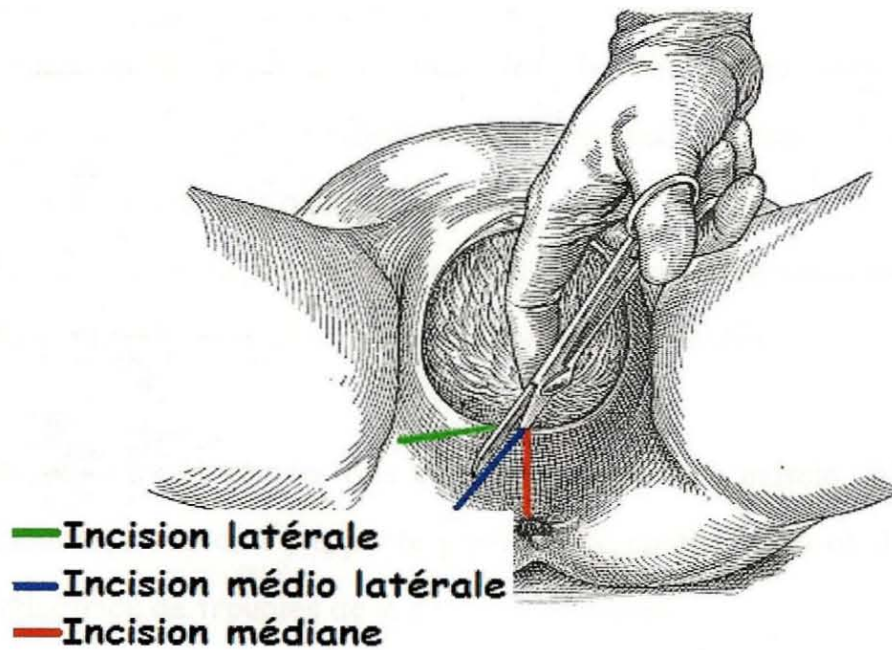


Figure 3 : Représentation des différentes techniques d'épisiotomie [5]

➤ La réfection :

✓ Suture en trois plans distincts :

Le plan vaginal :

L'angle supérieur de l'incision correspond à la muqueuse vaginale, ce premier point est primordial. Les deux doigts de la main non dominante sont alors placés en « V » sur les deux berges. Il convient ensuite d'effectuer le point d'angle de la muqueuse vaginale à l'aide d'une charge assez épaisse, soit à environ 1 centimètre du bord de la berge. La solidité doit être capitale afin d'éviter toute désunion. Tout le plan vaginal doit être suturé ainsi en effectuant un surjet jusqu'à la commissure postérieure de la vulve.

Le plan musculaire :

Il commence à la commissure postérieure de la vulve. La technique de suture employée pour ce plan doit être le point séparé ou le point en croix pour assurer une bonne solidité. L'aiguille sertie à grande courbure est saisie avec le porte-aiguille à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs.

Le plan cutané :

La suture doit être débutée au niveau de l'angle inférieur para anal pour déterminer par un dernier point au niveau de la fourchette vulvaire. Les points à effectuer sont des points séparés, des points en U appelés « blair-donati », un surjet simple ou encore un surjet intradermique. Après la réfection il est nécessaire de s'assurer de l'absence de points transfixiant la muqueuse anale en pratiquant un toucher rectal.

✓ Suture un fil un nœud :

Cette suture est un surjet continu qui se poursuit sur 4 plans et qui n'emploie qu'un seul nœud. Elle s'achève par la technique du fil perdu. Le plan sous cutané (qui est en plus par rapport à la suture en trois plans classique) permet de préparer la suture du plan suivant par le rapprochement des deux berges de la plaie. Ce dernier permet l'effacement de l'espace mort sous cutané ainsi que l'absorption des tensions. D'après les recommandations de 2005, le CNGOF exprime que sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Cette technique permet rapidité, économie de fils, une diminution des infections nosocomiales et une plus grande satisfaction chez les patientes.

Le plan muqueux :

Comme dans la technique classique, la réfection est débutée par le point d'angle de la muqueuse vaginale avec un nœud solide. Ensuite, il s'agit d'effectuer un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale.

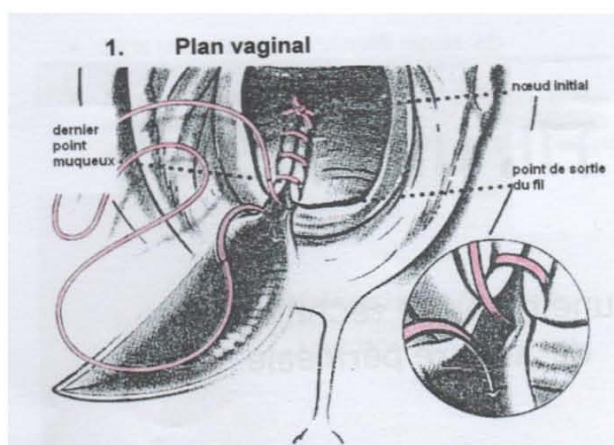


Figure 4 : Réfection du plan vaginal [6].

Le plan musculaire :

Le surjet est poursuivi sur la berge droite. Le passage au plan suivant s'effectue au point d'angle cutané. Il est important de ne pas trop serrer le surjet afin d'éviter toute nécrose des tissus, ce qui pourrait altérer le processus de cicatrisation.

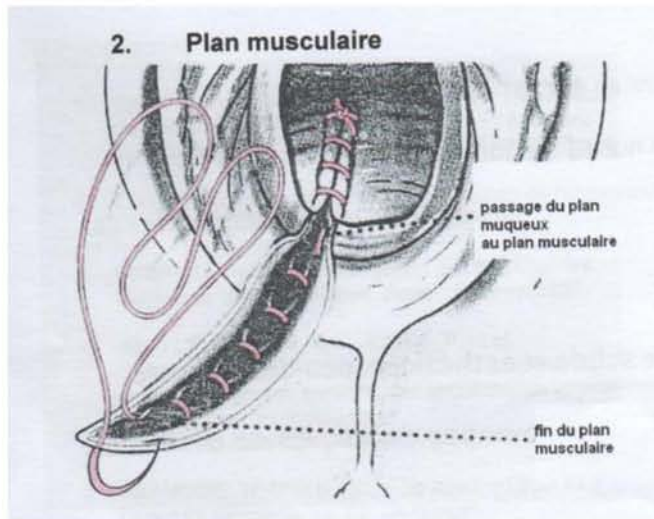


Figure 5 : Réfection du plan musculaire [7].

Le plan sous-cutané :

Le surjet est prolongé de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale.

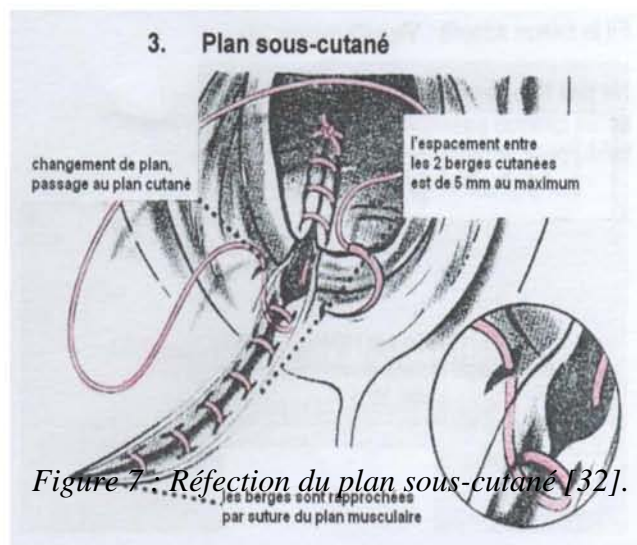


Figure 7 : Réfection du plan sous-cutané [32].

Figure 6 : Réfection du plan sous-cutané [8].

Le plan cutané :

Un des deux points de surjet de la fourchette vulvaire est souvent nécessaire pour aller jusqu'à la jonction peau - muqueuse, où va débiter le surjet intradermique qui va clore la peau. Le fil pénètre par un passage cutané-dermique et tous les points suivants sont intradermiques. Le passage dermique doit être au même niveau sur les deux berges. La suture se termine alors par la technique du fil perdu, l'aiguille est placée au point d'angle de la peau en direction du muscle grand fessier pour ressortir à un ou deux centimètres. Le fil est ensuite coupé au ras de la peau.

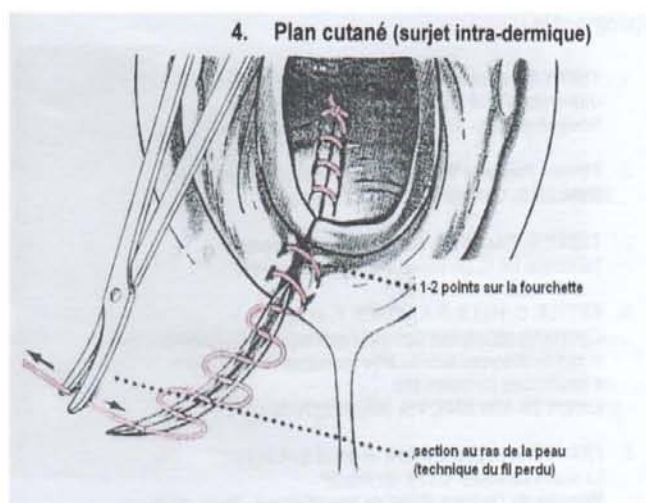


Figure 7 : Réfection du plan cutané [9].

1.4. Les complications :

➤ Précoces dans le post-partum immédiat:

Dans le post-partum immédiat, les patientes ayant eu une épisiotomie se plaignent de douleurs périnéales plus que celles ayant accouché avec un périnée intact ou une déchirure du 1er ou du 2e degré. Cette différence n'existe plus à 3 mois de l'accouchement. Une politique de pratique restrictive des épisiotomies réduit de façon significative les problèmes de cicatrisation au 7e jour, mais ne modifie pas le taux d'infections ou d'hématomes périnéaux.

➤ A long terme :

Si l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement. D'autres complications locales telles que les granulomes ou l'endométriose de la cicatrice ont été décrites.

2. Evolution de la pratique de l'épisiotomie à travers le temps

2.1. De la naissance de l'épisiotomie à l'ère du systématique

➤ Historique :

Décrite pour la première fois par FIELDING OULD, sage-femme irlandais [10] en 1742, pour faciliter les expulsions difficiles. Elle entre dans la pratique courante au début du XXème siècle [11, 12]. La fréquence de son utilisation a augmenté avec la médicalisation de l'accouchement. C'est sous l'impulsion de Sir Fielding Ould, en 1742, à l'université de médecine de Dublin, que les avantages potentiels d'une incision du périnée furent discutés pour la première fois. Ce n'est que très progressivement qu'elle a connu un engouement tel que certains n'hésitaient pas à la pratiquer de façon systématique pour l'accouchement de la primipare. La sonnette d'alarme a été tirée par une première revue de la littérature, de 1860 à 1980, publiée en 1983 par Thacker et Banta [13]. Aucune étude comparant risques et bénéfices de l'épisiotomie prophylactique n'avait jamais été réalisés.

➤ Arguments Avancés :

Pendant longtemps l'épisiotomie était pratiquée de manière systématique notamment chez la primipare pensant que celle-ci préviendrait les déchirures graves du périnée. De ce fait, une incision nette et précise était apparemment plus simple à suturer qu'une déchirure, et la cicatrisation meilleure. Le fait de pouvoir raccourcir la période de l'expulsion était un atout majeur de l'épisiotomie. C'est pourquoi, sa pratique systématique s'est largement répandue. De plus, un autre avantage était avancé : réduire les déchirures périnéales du 3^e ou 4^e degré [14]. L'argument phare ayant valu sa pratique libérale se basait également sur la diminution des incontinences urinaires ou fécales et de ce fait sur l'amélioration de la statique pelvienne [15,16].

Les études ont démontré qu'il n'en est rien, et qu'elle est même associée à plus d'incontinence fécale dans les 3 mois après l'accouchement [17].

La prévention du prolapsus génital par l'épisiotomie n'est pas démontrée, car aucune étude médicale ne porte sur une période de temps assez longue pour le vérifier.

2.2. Vers la non systématisation de l'épisiotomie :

➤ Historique :

Le premier réquisitoire vraiment structuré contre l'utilisation large de l'épisiotomie a été développé dans une revue très complète de Robert Woolley en 1995 [18]. En 1997, l'utilisation de routine de l'épisiotomie est controversée [19]. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français), a réalisé une analyse des données de la littérature sur la comparaison de deux politiques de réalisation de l'épisiotomie. Il distingue l'utilisation libérale (population où l'épisiotomie est largement utilisée) versus restrictive (population où l'épisiotomie est réduite à une utilisation minimale) de l'épisiotomie.

En Angleterre, Sleep et al. ont montré plus de périnées intacts dans le groupe épisiotomie restrictive [20]. A long terme, ils concluaient que la réalisation libérale de l'épisiotomie ne prévenait pas de l'incontinence urinaire et engendrait un taux de dyspareunies plus important.

Aux Pays-Bas, Anthony et al. concluaient que la pratique d'une politique libérale n'était pas associée à une diminution du taux de lésions périnéales de haut degré [21].

Une étude Argentine a eu comme résultat que les lésions sévères de périnée étaient légèrement moins fréquentes dans le groupe restrictif (1.1% versus 1.5%) [22].

De nombreuses autres études réalisées par Schlomer et al. [23], Dannecker et al. [24], Borghi et al. [25], ainsi que par la Cochrane Database [26], conduisent toutes aux mêmes conclusions défavorables à la pratique de l'épisiotomie libérale.

Ainsi en 2005 le CNGOF publie une recommandation pour la pratique clinique de l'épisiotomie [27].

➤ Arguments avancés :

Le CNGOF a tenté de discuter des indications classiques obstétricales pour la réalisation de l'épisiotomie, et de voir si des arguments plaident ou non en faveur de l'épisiotomie systématique dans des situations obstétricales spécifiques.

Lors des situations à risques élevés de dystocie (les variétés postérieures, les présentations du siège, de la face et les accouchements gémellaires), aucune preuve ne permet d'indiquer systématiquement l'épisiotomie.

Plusieurs études ont analysé le paramètre de la primiparité. Le CNGOF recommande de ne pas réaliser systématiquement une épisiotomie chez la primipare, ni en cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C cf. annexe I).

En cas d'hypoxie fœtale il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique améliorerait l'état néonatal.

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet, dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré.

La pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence urinaire, qu'elle soit d'effort (Grade A) ou par urgenteries (« impériosités mictionnelles ») (Grade B). La pratique libérale (utilisation large) de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue d'une incontinence anale (Grade B), et semble même exposer à ce risque dans les trois premiers mois du post-partum (Grade C).

Les indications anciennement recensées de l'épisiotomie sont les antécédents de lésions périnéales du 2^{ème} et du 3^{ème} degré ou encore les mutilations. Les bénéfices anciennement espérés sont la réduction de la durée d'expulsion, la protection du périnée vis-à-vis d'autres déchirures, la protection du nouveau-né vis-à-vis des hémorragies intracrâniennes ou des asphyxies peripartum. Woolley a montré dans une revue de la littérature de 1980 à 1994 que l'épisiotomie systématique n'avait aucun bénéfice à ce sujet.

Ainsi, selon les recommandations du CNGOF une seule indication est retenue : celle de la **longueur périnéale minimale** ou **brièveté périnéale** lorsque la distance fourchette-centre de l'anus est inférieure à 3 cm.

Toutefois le sens clinique de la sage-femme et de l'obstétricien pourra les amener à prescrire voire justifier l'épisiotomie lorsque cela est nécessaire.

Le CNGOF recommande également de mettre en place une formation théorique et pratique, de manière à améliorer l'apprentissage et la performance des opérateurs [27].

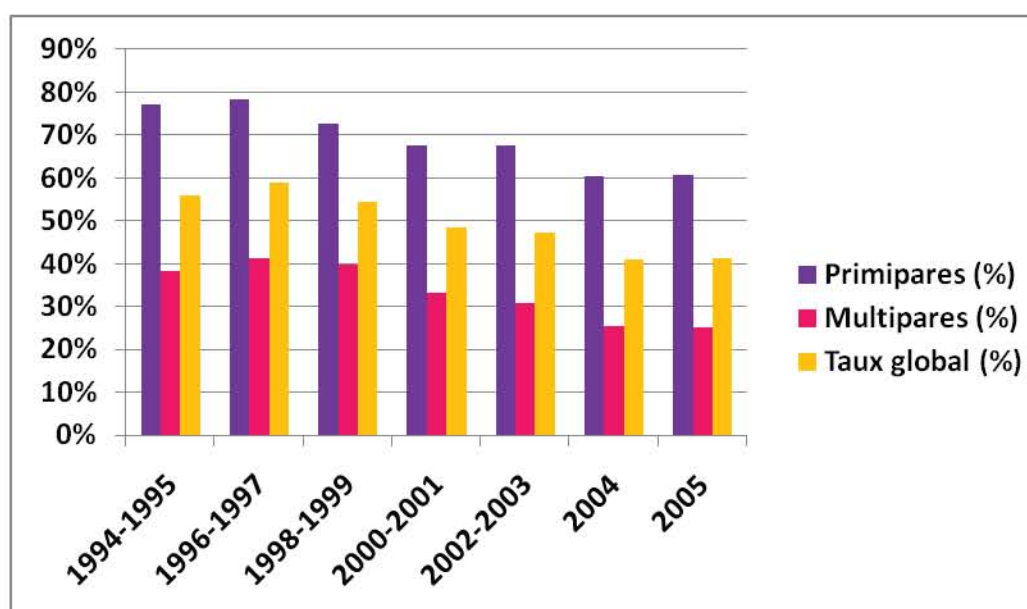
2.3. Synthèse de l'évolution de la pratique de l'épisiotomie

➤ En France :

Le recours aux épisiotomies a diminué puisque le taux global était de 56% en 1994-1995 et de 41.3% en 2005, mais stagne depuis 2004 ($p < 0.0001$).

Cette différence est aussi statistiquement significative chez les primipares et les multipares ($p < 0.0001$) (cf. graphique ci-après).

La diminution constatée, lente et spontanée du recours à l'épisiotomie, est moins importante en France en comparaison avec certains pays étrangers. La diminution des épisiotomies a concerné les primipares et les multipares, toutefois en 2005 il a été comptabilisé 60.6% d'épisiotomies chez les primipares.



Source Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994-2005.

Figure 8 : Evolution du taux d'épisiotomies en France de 1994 à 2005 (Taux global et selon la parité, rapporté aux accouchements par voie basse) [28].

➤ A l'étranger :

En Europe, les taux oscillent autour de 30%, sauf en France [29].

En Suède, l'incidence de l'épisiotomie est passée de 33.7% en 1989 à 24.5% en 1995 puis à 7.6% en 1999 [30]. Au Pays-Bas le taux est de 34% en 2001. Aux Etats-Unis, le pourcentage d'épisiotomies lors des accouchements voies basses varie de 65.3% en 1979, 38.6% en 1997 et 19% en 2005 [31]. Au Canada, le taux annuel d'épisiotomies est passé de 66.8% en 1981-1982 à 37.7% en 1993-1994 [32].

3. Evolution de la formation Sage-femme :

3.1. Le métier de Sage-femme :

➤ Définition :

Qu'est-ce que le métier de sage-femme ?

Selon l'article L4151-1 du code de la santé publique, l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1 [33].

Sens clinique, responsabilité, indépendance en cas de physiologie et respect de celle-ci, tels sont les quatre pivots sur lesquels repose l'exercice de la profession de sage-femme.

Quel que soit le lieu où elle exerce, la sage-femme doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et nouveau-nés (deuxième alinéa de l'article R.4127-348 du Code de la Santé Publique).

Toute sage-femme, quelque soit son mode d'exercice, possède une indépendance professionnelle ainsi que des responsabilités qui lui sont propres.

➤ Le code de déontologie :

Le code de déontologie des sages-femmes a été créé par le Conseil national de l'Ordre en 1949 (décret du 30 septembre), ensuite remplacé par le décret du 8 août 1991. Depuis le décret du 29 juillet 2004, ce texte est inclus dans la 4ème partie réglementaire du code de la santé publique aux articles R.4127-301 à R.4127-367.

Plusieurs modifications ont été apportées par les décrets du 17 octobre 2006 et du 27 août 2008.

Le code de déontologie rassemble les droits et devoirs des sages-femmes. Il énonce les règles professionnelles que toute sage-femme doit connaître et s'engage à respecter [33].

Le code de déontologie s'impose:

- à toute sage-femme inscrite au tableau de l'Ordre
- à toute sage-femme exécutant un acte professionnel dans le cadre de la prestation de service transfrontalière
- à tout étudiant sage-femme autorisée à faire un remplacement

Les infractions au code de déontologie peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires.

➤ **Compétences et référentiel métier :**

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Les champs de compétences sont ainsi définis par le Code de Santé Publique. Celles-ci sont énumérées à l'article R.4127-318.

Concernant les compétences spécifiques à la pratique et à la réfection de l'épisiotomie la sage-femme est autorisée à pratiquer :

- l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- **l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;**

La sage-femme se doit de dispenser des soins conformes aux données scientifiques du moment envers les patientes et les nouveau-nés.

Elle doit également faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige (excepté les cas d'urgence ou dans l'attente du médecin) [33].

3.2. La formation des études de sage-femme :

➤ **Historique :**

Au 17^{ème} siècle, Madame LA CHAPELLE, consciente du manque de connaissances des matrones, s'investit à former celles-ci en faisant le tour de la France. Son passage était annoncé par l'Eglise, et son enseignement pratique se faisait sur un mannequin qu'elle présentait chaque fois. Sous Louis XIV, la grande majorité des femmes choisissaient des sages-femmes pour les assister. Ainsi en fut-il pour Anne d'Autriche, épouse de Louis XIII et pour Marie-Thérèse, épouse de Louis XIV. C'est en 1660 que la communauté des Sages-femmes est officiellement reconnue.

Un grand bouleversement de la profession s'opère à partir de cette date. Vers 1730, les statuts et règlements corporatifs concernant tous les chirurgiens, auxquels les sages-femmes sont assimilées, s'appliquent désormais à celles-ci. Le programme est résolument obstétrical et médical.

Madame du Coudray, sage-femme du XVIIIème siècle, va bouleverser l'enseignement de l'obstétrique pour le bien-être des femmes et des enfants.

Elle formera ainsi sur le territoire français plus de 3000 matrones et chirurgiens en 25 ans et deviendra le premier pédagogue de l'obstétrique.

Elle parle de l'accouchement : "En attendant le moment de délivrer la femme, on doit la consoler le plus affectueusement possible : son état douloureux y engage ; mais il faut le faire avec un air de gaieté qui ne lui inspire aucune crainte de danger.

Il faut éviter tous les chuchotements à l'oreille, qui ne pourraient que l'inquiéter et lui faire craindre des suites fâcheuses. On doit lui parler de Dieu et l'engager à le remercier de l'avoir mise hors de péril. Si elle recourt à des reliques, il faut lui représenter qu'elles seront tout aussi efficaces sur le lit voisin que si on les posait sur elle-même, ce qui pourrait la gêner..."

En 1803, médecins et chirurgiens sont réunis en une seule profession. Les sages-femmes ont pour obligation d'être formées en milieu hospitalier, sous la direction d'une maîtresse sage-femme.

En 1806, Napoléon, crée la Chaire d'Obstétrique, qui sera la première spécialité médicale. Le premier titulaire en sera Baudelocque qui aura la charge de former médecins et sages-femmes.

En 1807, la durée des études passe de 6 mois à 1 an puis à 2 ans en 1892. Depuis Madame du Coudray, l'enseignement des sages-femmes n'a cessé de se perfectionner et de s'adapter à l'évolution des connaissances des sciences médicales. Ainsi, les programmes ont été modifiés à plusieurs reprises et le niveau de recrutement n'a cessé d'augmenter. Mais c'est surtout au cours du XXème siècle que se sont structurées les études de sage-femme [33].

Le décret du 9 janvier 1917 et les arrêtés des 11 janvier et 24 juillet 1917 ont organisé les études de sage-femme en deux ans avec un nouveau programme.

Une année pour acquérir les bases des soins généraux et une année pour aborder l'obstétrique et la puériculture.

Depuis le 17 mai 1943, les études de sage-femme se déroulent en trois ans, un an en commun avec les infirmières pour apprendre les soins généraux puis deux ans pour l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. Cette formation en trois ans comprend au total 5700 heures (1680 heures de formation théorique et 4020 heures de formation pratique).

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes des autres formations de santé et le nouveau programme supprime l'année commune avec les infirmières [34]. La législation et la psychologie entrent alors dans ce nouveau programme.

A partir de 1983, un concours d'entrée est alors obligatoire de même que le baccalauréat.

L'arrêté du 27 décembre 1985 fixe la durée des études à quatre ans avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études. Cette formation en quatre ans comprend 6190 heures (1820 heures de formation théorique et 4370 heures de formation pratique) [35].

En 2002, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir validé l'examen classant de fin de la première année des études communes de santé.

En 2011, les études débiteront par la PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé). Les étudiants ayant validé leur première année de médecine (soit licence 1) entreront en L2 c'est-à-dire première année des études de sage-femme soit deuxième année de licence. De ce fait, la formation entrera dans le système LMD (licence, master, doctorat).

➤ Programme actuel :

Le diplôme d'État de sage-femme est préparé dans l'une des 35 écoles agréées (rattachées à un centre hospitalier ou à une université), après avoir réussi les épreuves organisées au cours de la première année des études de santé (PAES). Cette formation se déroule en deux phases comportant deux années chacune avec des enseignements théoriques, pratiques et cliniques.

La première phase met l'accent sur la connaissance de la physiologie et vise à donner aux étudiants une maîtrise de l'art obstétrical.

La deuxième phase comprend un enseignement, également réparti en deux groupes, permettant aux futures sages-femmes de reconnaître immédiatement la pathologie et d'agir en conséquence [36].

L'organisation générale de la formation est la suivante :

Le calendrier	1 ^{ère} phase	2 ^{ème} phase
Enseignement théorique : Cours magistraux, enseignements dirigés, travaux dirigés, travaux de groupe, groupe de raisonnement clinique, travaux de recherche, Evaluation	27 semaines	24 semaines
Enseignement clinique : Stage, gardes, groupe de raisonnement clinique, Evaluation	54 semaines	51 semaines
Révisions	1 semaine	1 semaine
Vacances	22 semaines	16 semaines
Total	104 semaines	92 semaines

Figure 9 : Organisation générale de la formation actuelle des études de sage-femme[37]

Selon l'arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sage-femme, des objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique ont été créés dans le but d'accéder à une formation clinique minimale. Selon le point numéro 15, il est recommandé aux étudiants sages-femmes de « pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum) » et « de pratiquer au minimum 80 accouchements ». Cette formation clinique minimale doit leur permettre d'acquérir les compétences requises et nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. La formation des études de sages-femmes est alors à un tournant de son histoire, en effet l'universitarisation est en cours et la formation PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) aura lieu à partir de la rentrée 2011 avec la mise en place du système LMD.

3.3. De l'apprentissage d'un acte à l'acquisition d'une compétence :

➤ Apprentissage et mémorisation :

L'apprentissage désigne un processus qui va modifier un comportement ultérieur alors que la mémoire est la capacité à se rappeler d'expériences passées.

Qu'est ce que la mémorisation ?

La mémorisation est l'ensemble des processus permettant la formation et l'organisation des traces mnésiques.

✓ Les différentes étapes de la mémorisation [38]

L'étape d'acquisition : il s'agit de sélectionner un certain nombre d'informations dans l'environnement afin de les mémoriser.

L'étape de rétention : cette étape présente une durée variable, cependant elle est nécessaire pour le traitement de l'information. C'est une conservation lente des informations mémorisées.

L'étape d'actualisation : lors de cette étape, l'individu met en œuvre sous forme explicite, ce qu'il a acquis ou conservé.

➤ L'objectif d'apprentissage :

Il désigne clairement et précisément l'objet d'apprentissage comme le résultat à atteindre à l'issue de cet apprentissage, autrement dit la cible. Concernant l'épisiotomie, l'objet d'apprentissage vise alors la maîtrise du savoir-faire associé au savoir-être, c'est-à-dire l'acquisition d'une technique mais aussi l'association du savoir-être, entendu comme l'intégration et le développement d'un comportement, d'une attitude précise attendue (empathie, écoute, information).

L'apprentissage c'est alors diriger son action vers l'atteinte du résultat. Toute l'action de l'apprenant devient alors un effort pour amener son comportement en vue de la cible. Ce processus peut être accompagné par des formateurs, des sages-femmes cadres, des sages-femmes mais aussi par l'apprenant lui-même. Les moyens pour favoriser son apprentissage peuvent-être des travaux pratiques, des cours théoriques, la pratique même sur les lieux de stages mais aussi le repérage de ses propres erreurs à des fins de correction et de réajustement.

Selon Bloom, la pédagogie par objectifs est le découpage de l'apprentissage de façon à ce qu'un objet global terminal, soit décomposé en sous objets de niveaux différents plus aisément atteints.

On distingue alors plusieurs niveaux d'objectifs :

- Les objectifs généraux : acquisition globale de l'objet (savoir suturer une épisiotomie).
- Les objectifs intermédiaires : acquisition nécessaire pour atteindre les objectifs globaux.
- Les objectifs opérationnels : comportement à mettre en œuvre dans telle ou telle activité.

Bloom parle alors de taxonomie d'objectifs correspondant à la réalisation d'un apprentissage. Celui-ci est aussi conçu comme un processus linéaire hiérarchisé et cumulatif (Avant de pouvoir suturer une épisiotomie il y a un certain nombre d'objectifs à atteindre comme la préparation du matériel, la connaissance des protocoles d'hygiène et d'asepsie, l'installation de la patiente ou encore l'information de celle-ci à propos de l'acte que l'on va entreprendre). L'apprenant est mis en demeure d'aller du plus simple au plus complexe (qui est la réfection de l'épisiotomie). Le savoir transmis s'additionne jusqu'à la performance globale attendue [39].

L'apprentissage et la mémorisation une fois acquis, l'étudiant va pouvoir aboutir à l'acquisition de la compétence.

➤ Compétence :

✓ Définition :

« La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation » [40].

La compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle pour certains auteurs ne représente que sa part observable voire mesurable.

Cette compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations.

Une compétence requiert pour son acquisition et sa mise en œuvre que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.

Les compétences se composent donc :

- de connaissances ou savoirs,
- de savoir-faire,
- et de comportements appelés aussi savoir-faire comportementaux ou savoir-être.

ÊTRE COMPÉTENT	≠	AVOIR DES COMPÉTENCES
« Agir avec compétence »		
Mettre en œuvre des pratiques professionnelles et des combinaisons de ressources pertinentes		« Avoir des ressources pour agir avec compétence »
		Guy Le Boterf

- ✓ Les processus d'acquisition d'une compétence :

Pour pouvoir acquérir une compétence, il est nécessaire de franchir plusieurs étapes. Tout d'abord l'observation, la réalisation d'un acte avec encadrement et enfin la réalisation de l'acte seul. La pratique est essentielle à l'acquisition d'une compétence.

Jean HOUSSAYE, en référence au triangle pédagogique distingue trois processus :

Le processus *enseigner* : axé de façon privilégiée sur la relation savoir-enseignant et sur la transmission de ce savoir structurée par l'enseignant.

Le processus *former* : axé sur la liaison enseignant-formés, il correspond aux pédagogies centrées sur la formation humaine et sur la socialisation.

Le processus *apprendre* : il porte sur le rapport direct savoir-apprenant. Là, l'enseignant devient l'organisateur de situations et de conditions externes d'apprentissage par lesquelles il met en relation savoir et apprenant en jouant un rôle de médiateur [41].

Deuxième Partie :

**Enquête auprès des étudiants sages-
femmes deuxième année deuxième
phase de France**

1. Présentation de l'étude

1.1 Problématique

La problématique est la suivante : Les recommandations pour la pratique clinique du collège national des gynécologues obstétriciens français de 2005 sur l'épisiotomie ont-elles eu des conséquences sur la formation actuelle des études de sage-femme ?

1.2. Hypothèses

- Le taux d'épisiotomie a diminué depuis les recommandations du CNGOF de 2005.
- La formation théorique et pratique varie selon les écoles malgré un programme national des études de sage-femme.
- Plus les étudiants réalisent d'accouchements plus ils se sentent « aptes » à pratiquer et suturer une épisiotomie.
- La réalisation de l'épisiotomie ainsi que sa réfection est peu pratiquée par les étudiants sage-femme au vu du taux en baisse.

1.3. Objectifs

- Recenser les techniques de réfection enseignées ainsi que les méthodes pédagogiques proposées pour la pratique de l'épisiotomie dans les écoles de sage-femme à l'échelon national.
- Evaluer les connaissances théoriques des étudiants à propos de l'épisiotomie et de sa réfection.
- Amener les étudiants sages-femmes à effectuer une auto-évaluation de leur compétence vis à vis de l'épisiotomie et sa réfection depuis les recommandations du CNGOF en 2005.

1.4. Méthodologie

L'outil utilisé pour effectuer l'enquête est un questionnaire distribué aux 35 écoles de sages-femmes existantes en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer. Le nombre d'étudiants sage-femme inscrits en deuxième année deuxième phase étant conséquent (1050 environ), je n'ai pu interroger tout le monde ainsi, 5 étudiants de deuxième année deuxième phase tirés au sort par école, ont été sollicités pour y répondre.

165 questionnaires ont donc été envoyés, 139 ont été retournés remplis, soit 84,24% de réponses. Le pourcentage des étudiants interrogés représente environ 13,2% de l'ensemble des étudiants de deuxième année deuxième phase. Parmi-eux aucun n'était redoublant. L'enquête s'est déroulée du 1^{er} octobre au 15 novembre 2010.

L'outil choisi paraissait le plus approprié compte-tenu de l'étendue de la population et de l'éloignement géographique (cf. Annexe II).

Les logiciels utilisés pour présenter ces résultats sont Sphinx plus et Excel 2007.

Le questionnaire est divisé en trois parties :

- La formation théorique au sein des écoles
- La formation pratique sur les lieux de stage
- Le vécu de la formation et auto-évaluation des étudiants

1.5. Biais et difficultés

Deux écoles n'ont pas souhaité participer à l'étude. Il s'agit de l'école de Nantes, ainsi que l'école de Montpellier. Trois écoles n'ont pas retourné les questionnaires, il s'agit des écoles d'Amiens, de Grenoble et de Tahiti. Le fait de ne pas avoir interrogé l'ensemble des étudiants sage-femme de deuxième année deuxième phase de toutes les écoles peut présenter un biais. En effet, il aurait été plus judicieux d'interroger un pourcentage d'étudiants selon l'ampleur de la promotion plutôt qu'un nombre défini. La représentativité de la population à l'échelon national aurait été plus significative. Une question ne sera ni présentée ni exploitée, il s'agit de la question 28.

1.6. Les écoles de sages-femmes ayant participé à l'étude

Au total 30 écoles ont participé à l'enquête.



2. Présentation des résultats :

2.1. Formation théorique au sein des écoles :

✓ Enseignement théorique à propos de l'épisiotomie et de sa réfection

Question 1 : Combien d'heures de cours théoriques ont été consacrées à l'épisiotomie ? N=139

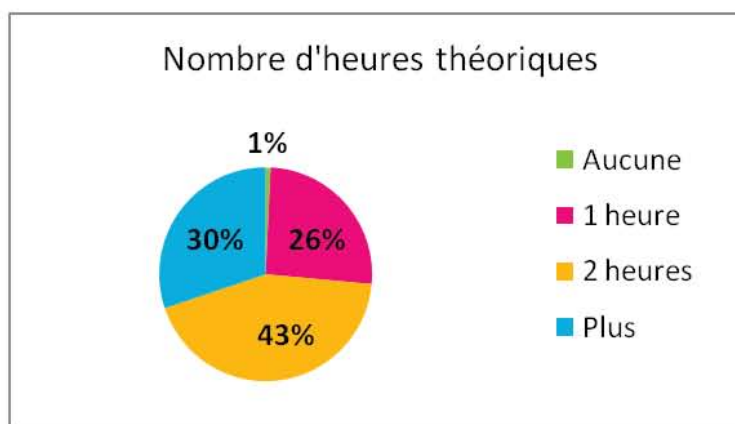


Figure 1 : Nombre d'heures de cours théoriques

Et en quelle année ? N=138 (car 1 étudiant n'a eu aucune heure de cours)

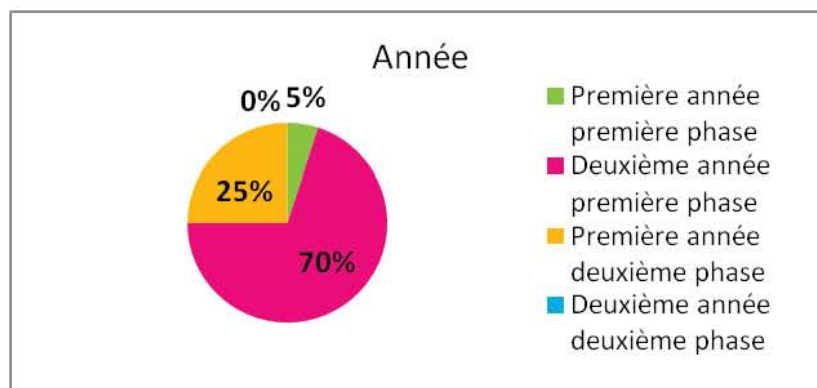


Figure 2 : Année des cours théoriques

Question 2 : Sous quelle forme était présenté cet enseignement ?

Le support théorique utilisé le plus souvent est le power point (76,3%), vient ensuite le cours magistral (37,4%) puis la démonstration sur mannequin (24,5%).

Question 3 : Quel professionnel de santé a réalisé cet enseignement ?

Les professionnels de santé étant intervenus pour effectuer cet enseignement sont pour la majorité des sages-femmes cadres formatrices (70%), des obstétriciens (37%), des sages-femmes (16%), ainsi que des internes (4%).

Question 4 : Quelles méthodes vous a-t-on enseigné concernant la pratique de l'épisiotomie ? N=138

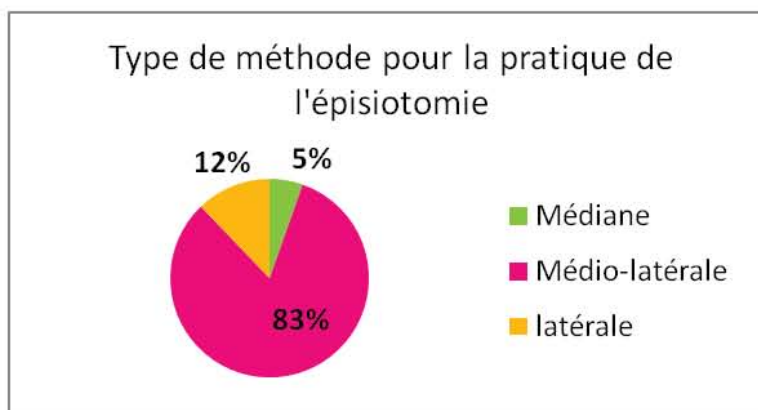


Figure 3 : Type de méthode enseignée pour la pratique de l'épisiotomie

Question 5 : Quelles méthodes vous a-t-on enseigné concernant la réfection de l'épisiotomie ? N=138

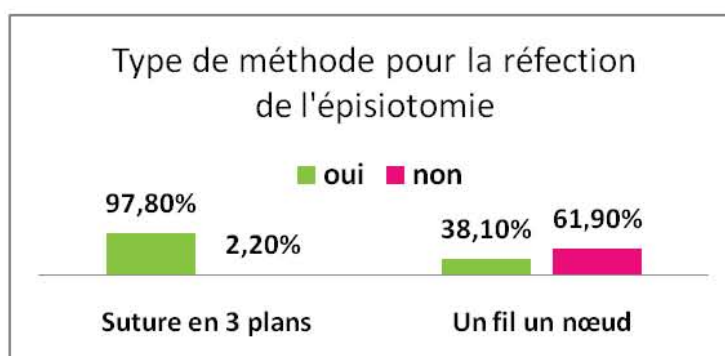


Figure 4 : Type de méthode enseignée pour la réfection de l'épisiotomie

Question 6 : Avez-vous eu un enseignement concernant : N=134 (5 non réponses)

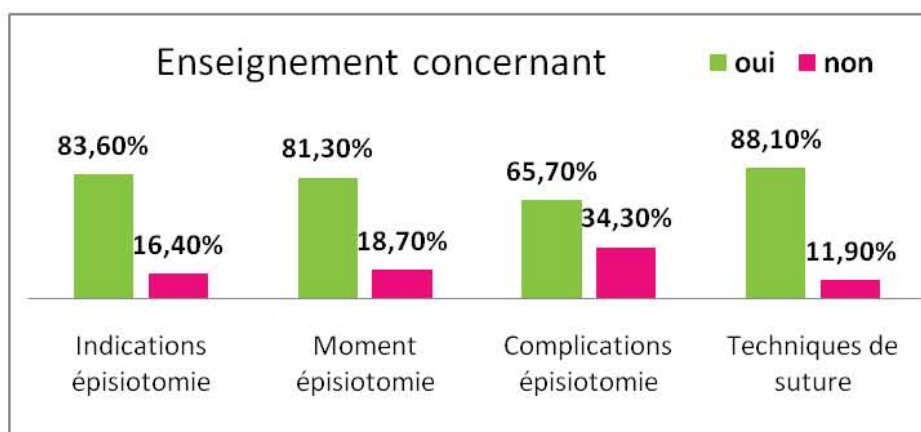


Figure 5 : Type d'enseignement reçu

Question 7 : Selon vous quel est le moment idéal pour pratiquer une épisiotomie ? N=139

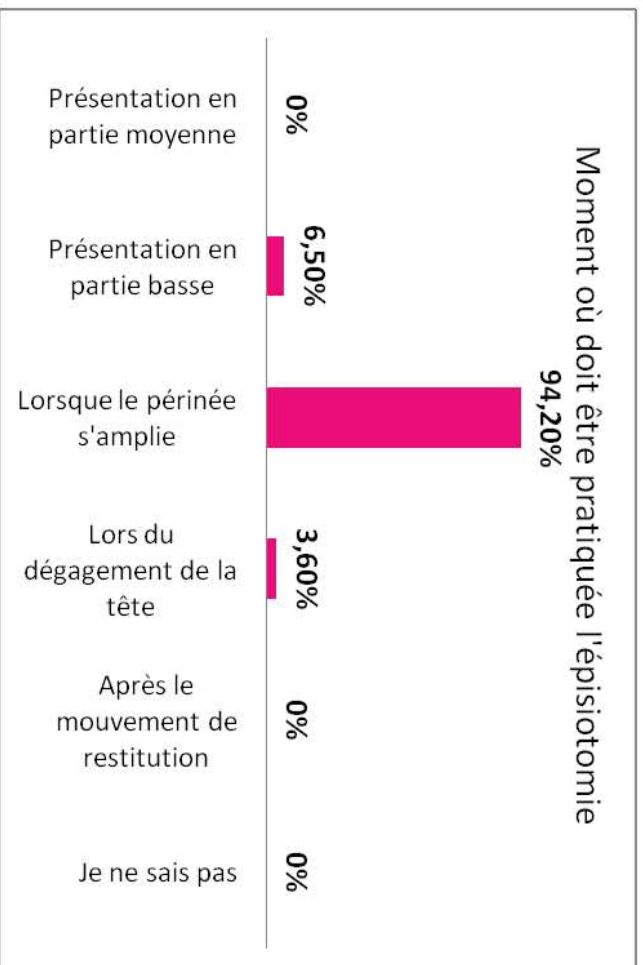


Figure 6 : Moment où l'épisiotomie est pratiquée

La bonne réponse est « Lorsque le périnée s'amplie » : 94.20%.

Question 8 : Si une épisiotomie est réalisée trop tôt, quelles en sont les conséquences ? N=139

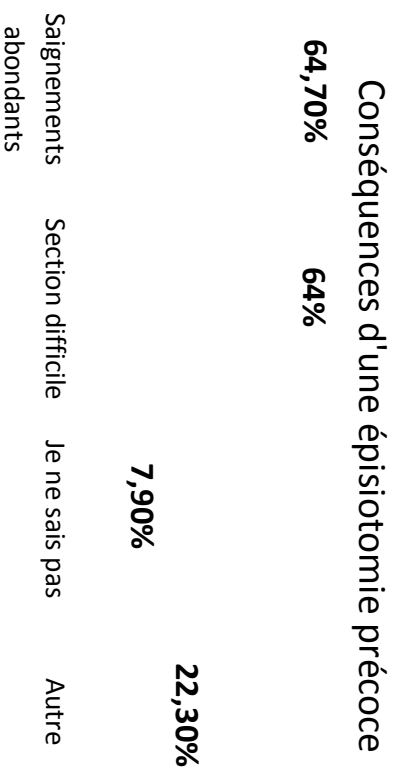


Figure 7 : Conséquences d'une épisiotomie précoce

Les bonnes réponses étant un saignement abondant et une section difficile : 64%

Autre : « douleurs et vécu patiente »

Question 9 : Quelles sont les indications à la pratique d'une épisiotomie ? N=139

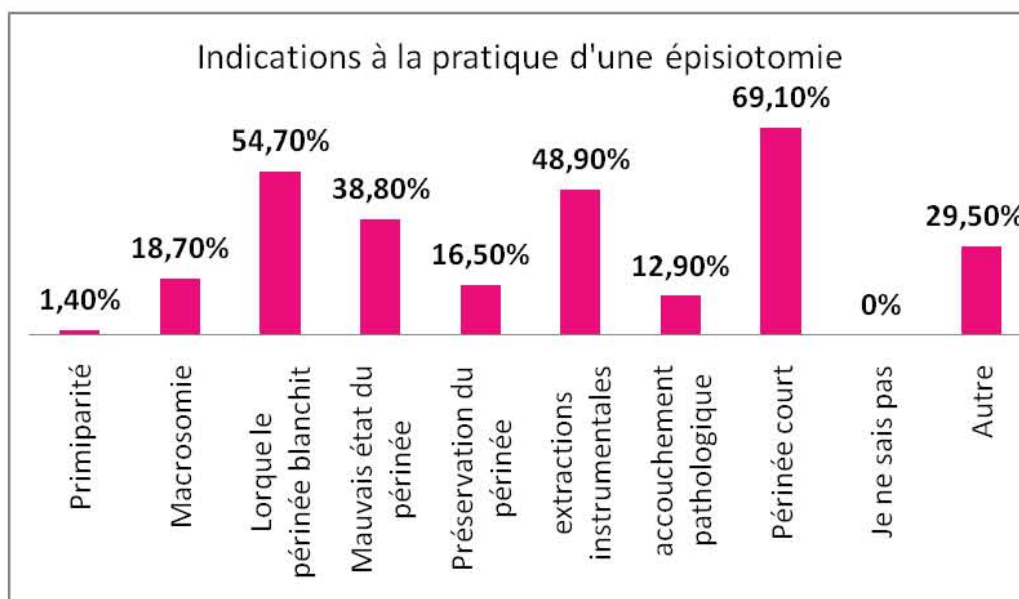


Figure 8 : Indications d'une épisiotomie

Autre : « A l'appréciation clinique du praticien ou de la praticienne ».

La bonne réponse selon les recommandations est un périnée court : 69%

Question 10 : Sur le plan anatomique, quels sont les éléments sectionnés ? N=139

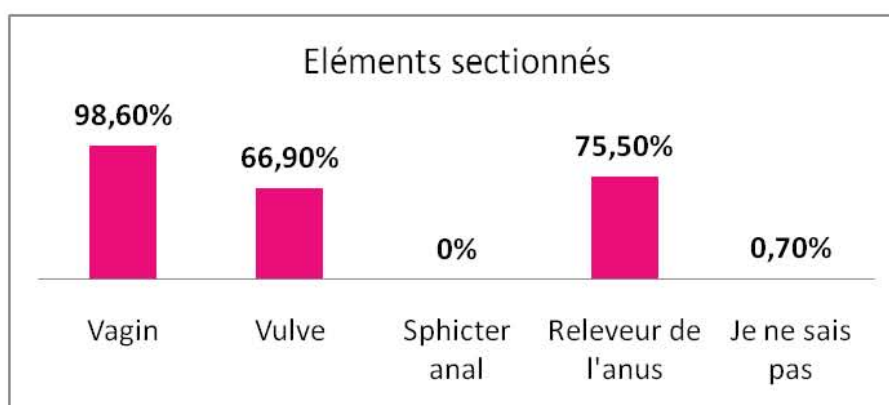


Figure 9 : Eléments sectionnés lors d'une épisiotomie

Les bonnes réponses sont la vulve, le vagin ainsi qu'une partie du releveur de l'anus (faisceau pubo-rectal).

Question 11 : D'après vous, la réalisation d'une épisiotomie entraîne un saignement : N=139

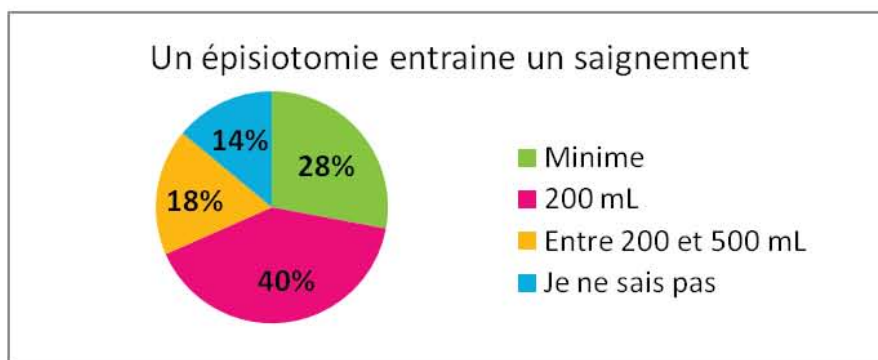


Figure 10 : Saignement lors d'une épisiotomie

La bonne réponse étant 200 ml : 40%

Question 12 : Actuellement quelles sont les recommandations ? N= 139



Figure 11 : Recommandations actuelles concernant l'épisiotomie

Autre : « A l'appréciation clinique du praticien ou de la praticienne »

Question 13 : Lors de la réfection de l'épisiotomie, quels sont les types de points possibles ? N=139

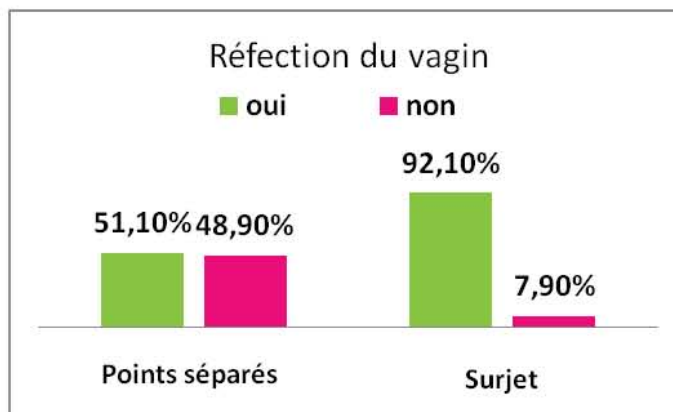


Figure 12 : Types de points possibles pour le vagin

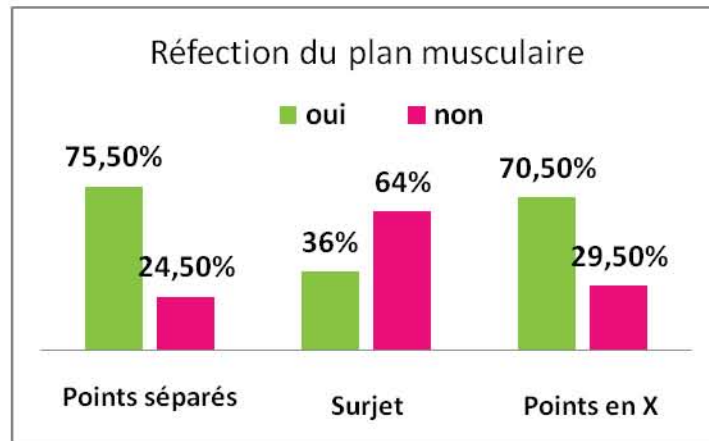


Figure 13 : Types de points possibles pour le plan musculaire

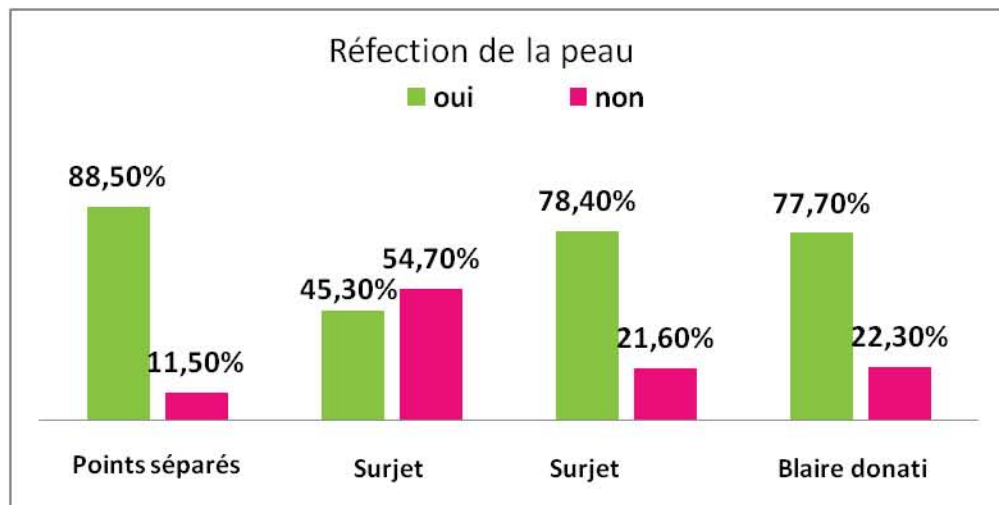


Figure 14 : Types de points possibles pour la peau

Question 14 : Quelles peuvent être les complications d'une épisiotomie ? N= 139

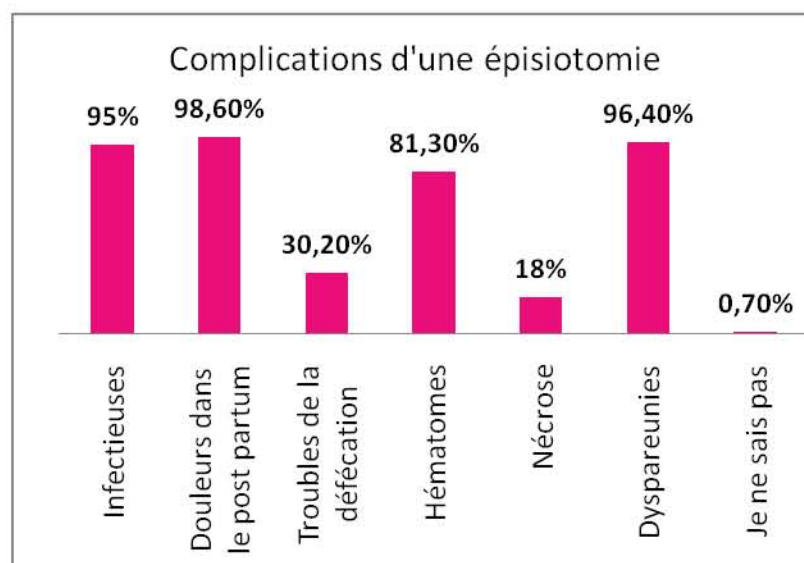


Figure 15 : Complications d'une épisiotomie

✓ **Travaux pratiques**

Question 15 : Combien d'heures de travaux pratiques (TP) ont été consacrées à la pratique de l'épisiotomie ? N= 139

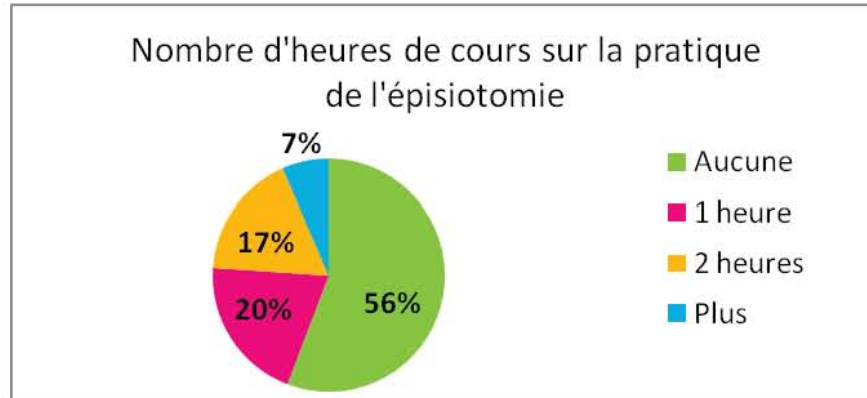


Figure 16 : Nombre d'heures de TP consacrés à la pratique de l'épisiotomie

Et en quelle année ? N= 139

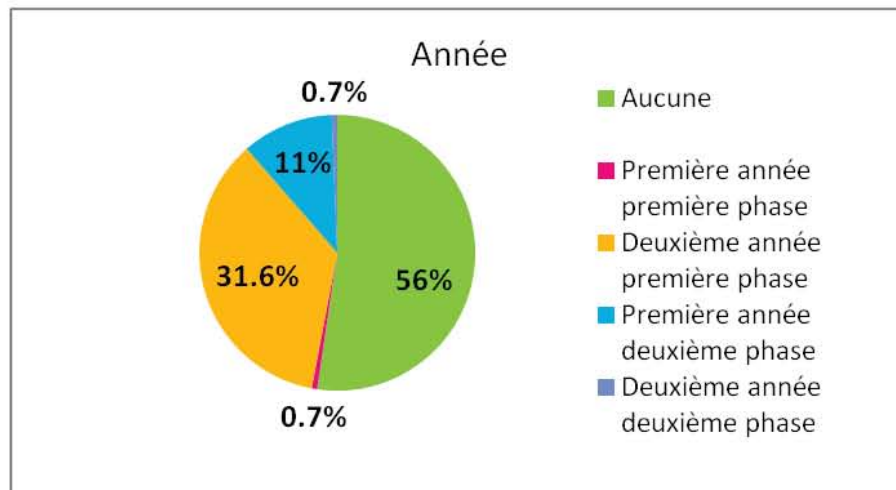


Figure 17 : Année des TP consacrés à la pratique de l'épisiotomie

Question 16 : Combien d'heures de travaux pratiques ont été consacrées à la réfection de l'épisiotomie ? N=139

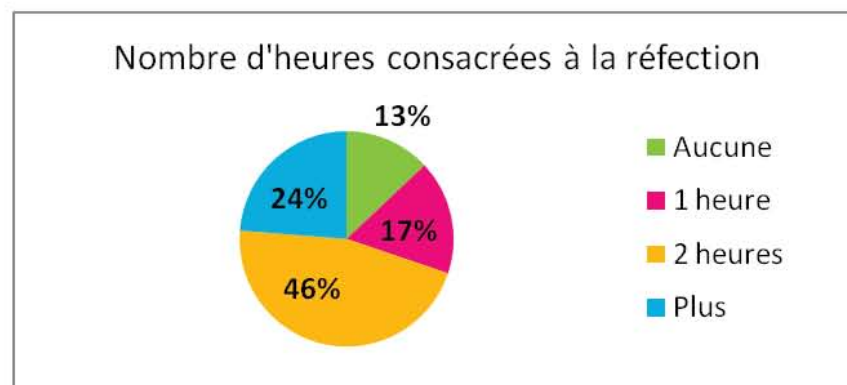


Figure 18 : Nombre d'heures de TP consacrés à la réfection de l'épisiotomie

Et en quelle année ? N=139

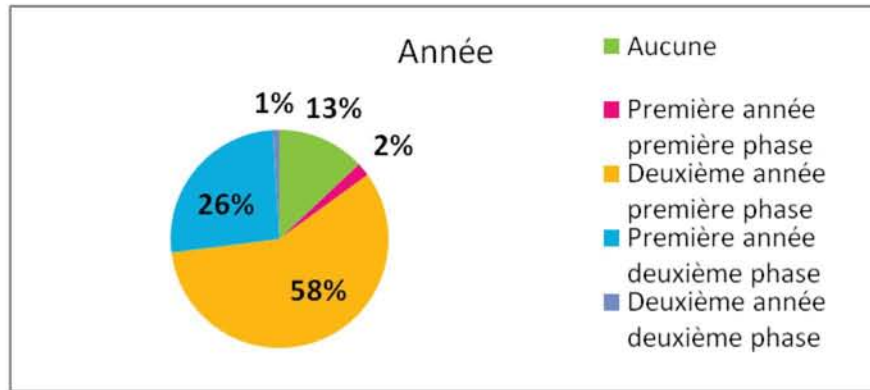


Figure 19 : Année des TP consacrés à la réfection de l'épisiotomie.

Question 17 : Quel support a été utilisé ?

Les supports utilisés pour les travaux pratiques concernant la réfection de l'épisiotomie sont le travail sur cuisses de poulet, pieds de porc ou encore carrés de mousses, ainsi que la vidéo.

Question 18 : Qui a été chargé de cet enseignement ? N=121 (car 18 étudiants n'ont eu aucune heure de TP à propos de la réfection de l'épisiotomie)

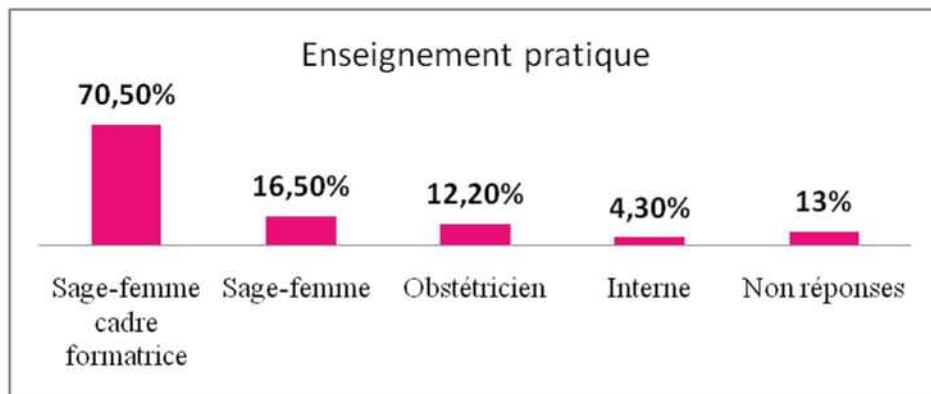


Figure 20 : Enseignement pratique reçu

Question 19 : Quelles méthodes ont été enseignées pour la réfection ? N=121

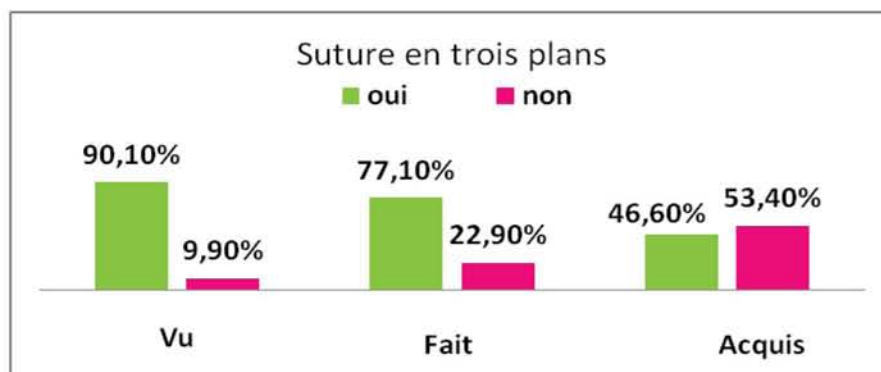


Figure 21 : Technique de la suture en trois plans

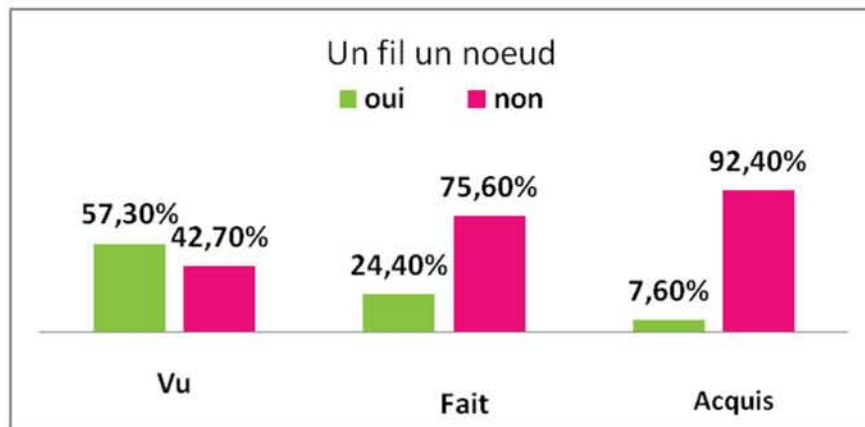


Figure 22 : Technique un fil un noeud

2.2. Formation pratique sur les lieux de stage :

Question 20 : Combien d'accouchements avez-vous effectué depuis le début de votre formation ? N= 139

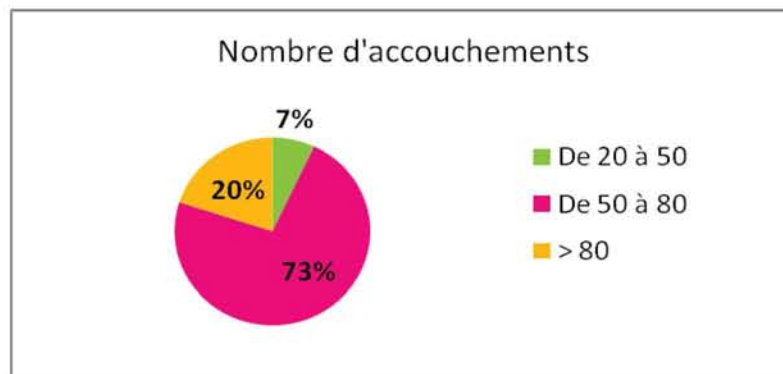


Figure 23 : Nombre d'accouchements effectués depuis le début de la formation

Question 21 : Combien de semaines de stage avez-vous effectué en salle de naissances ? N= 139

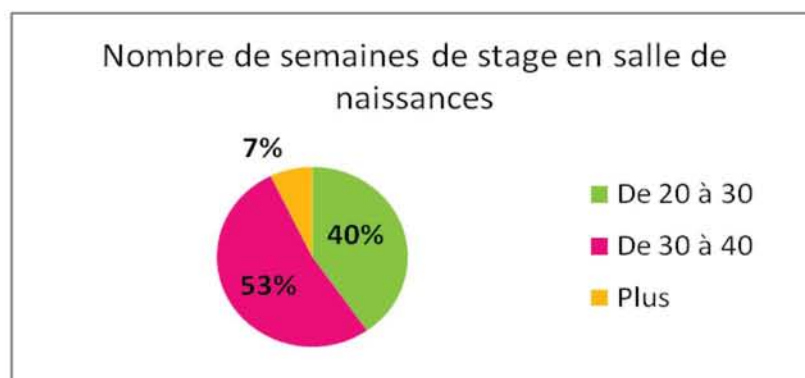


Figure 24 : Nombre de semaines de stage effectuées en salle de naissances depuis le début de la formation

Question 22 : Combien de gardes effectuez-vous par stage en salle de naissances ? N= 139

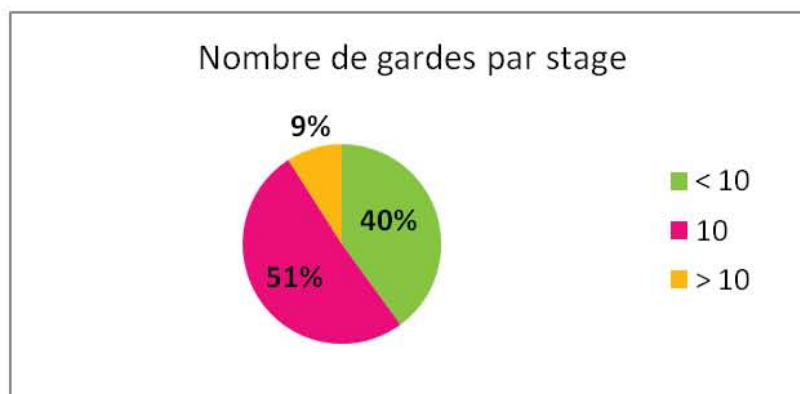


Figure 25 : Nombre de garde par stage en salle de naissances

✓ **Pratique de l'épisiotomie**

Question 23 : avez-vous déjà vu pratiquer une épisiotomie ? N= 139

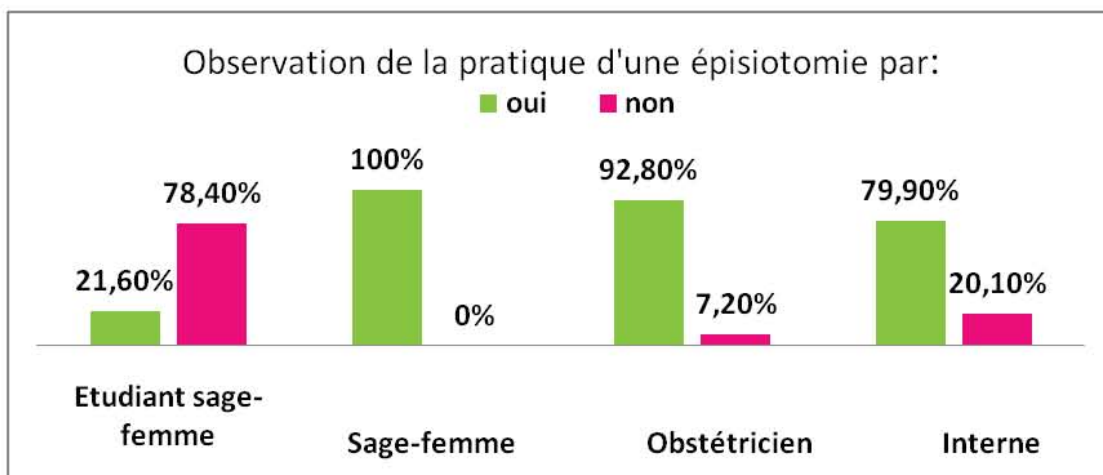


Figure 26 : Observation de la pratique d'une épisiotomie

Question 24 : Combien d'épisiotomie avez-vous pratiqué depuis le début de votre formation ? N= 139

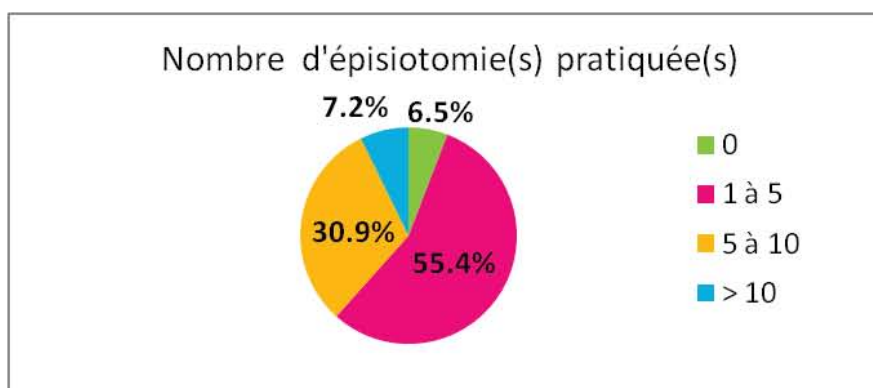


Figure 27 : Nombre d'épisiotomie(s) pratiquée(s)

Question 25 : En quelle année avez-vous pratiqué votre 1^{ère} épisiotomie ? N= 130
(9 étudiants n'ont jamais pratiqué d'épisiotomie)

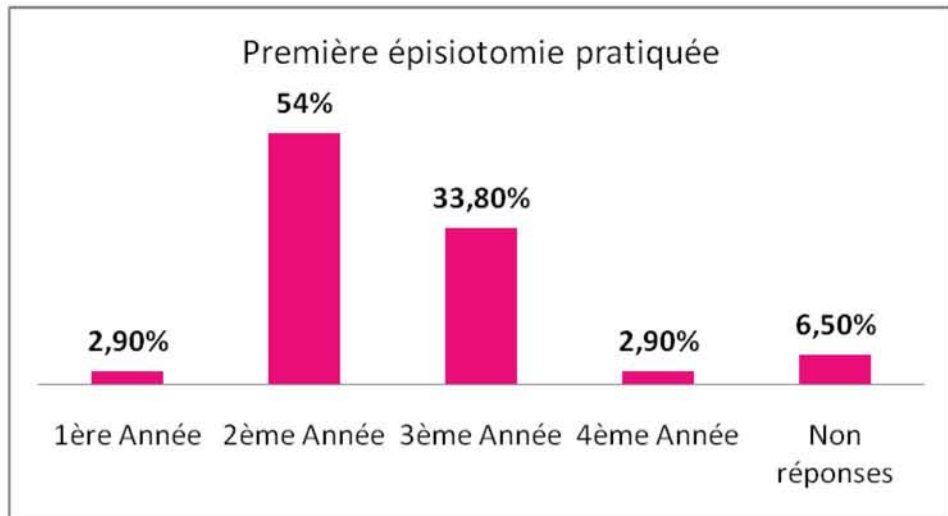


Figure 28 : Année de la première épisiotomie pratiquée

Question 26 : Parmi vos pratiques d'épisiotomie, quelle(s) étai(en)t la (les) méthodes ? N= 130

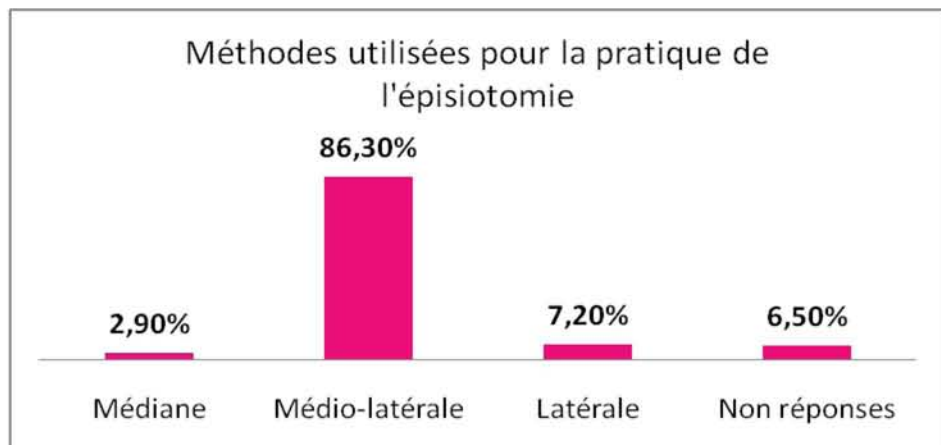


Figure 29 : Méthodes utilisées lors de la pratique de l'épisiotomie

Question 27 : Qui a assuré l'encadrement ? N= 130

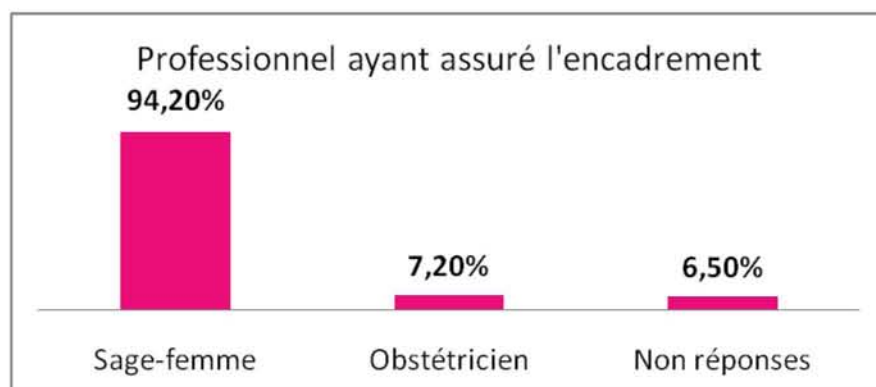


Figure 30 : Professionnel ayant assuré l'encadrement

✓ Réfection de l'épisiotomie

Question 29 : Avez-vous déjà vu suturer une épisiotomie ? N= 139

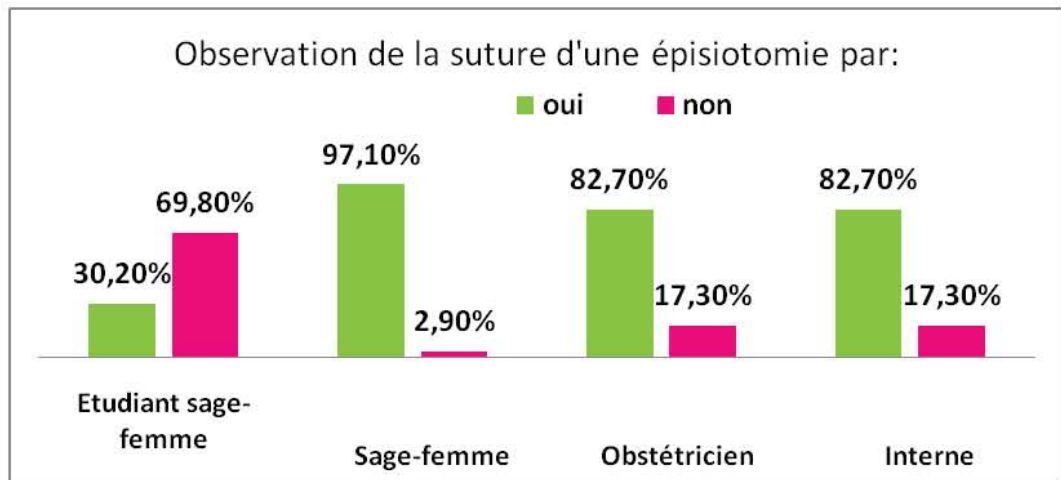


Figure 31 : Observation de la suture d'une épisiotomie

Question 30 : Combien d'épisiotomie(s) avez-vous suturé depuis le début de votre formation ? N= 139

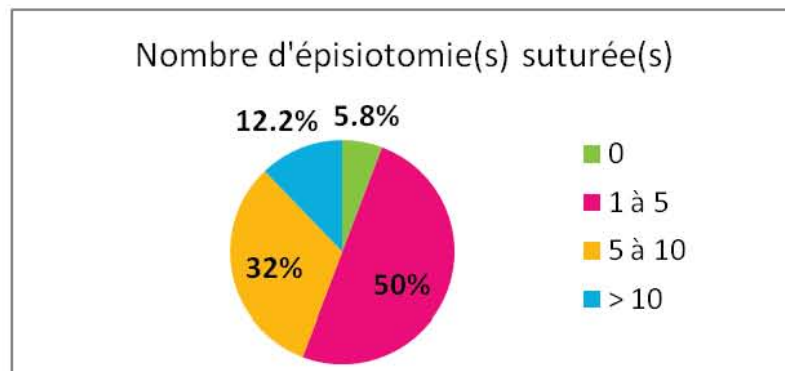


Figure 32 : Nombre d'épisiotomie(s) suturée(s)

Question 31 : En quelle année avez-vous suturé votre 1^{ère} épisiotomie ? N= 131 (8 étudiants n'ont jamais suturé d'épisiotomie)

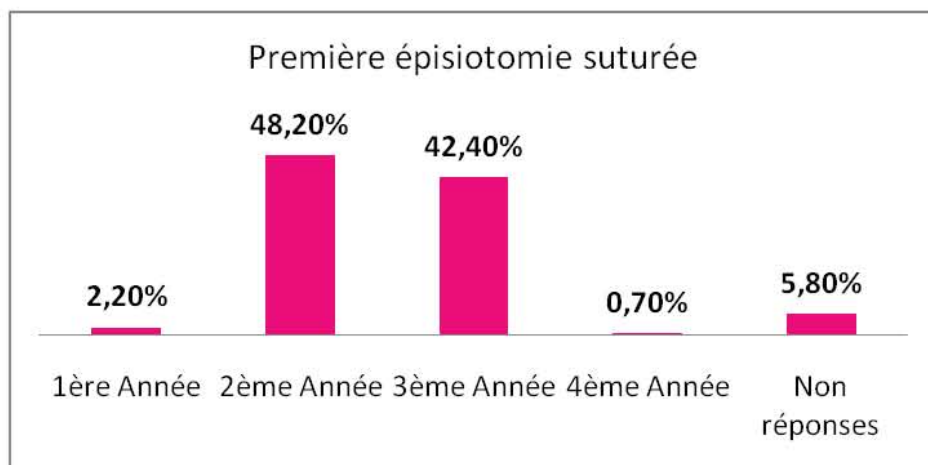


Figure 33 : Année de la première épisiotomie suturée

Question 32 : Parmi les réfections d'épisiotomie(s), quelle(s) étai(en)t la (les) méthodes ? N= 131



Figure 34 : Méthodes utilisées lors de la réfection de l'épisiotomie

Question 33 : Combien de déchirures avez-vous suturé ? N= 139

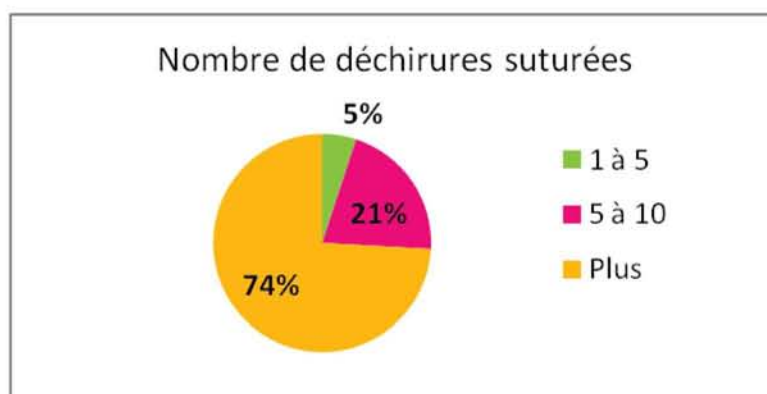


Figure 35 : Nombre de déchirures suturées depuis le début de la formation

Question 34 : Qui a assuré l'encadrement lors de la réfection d'épisiotomie ? N= 131

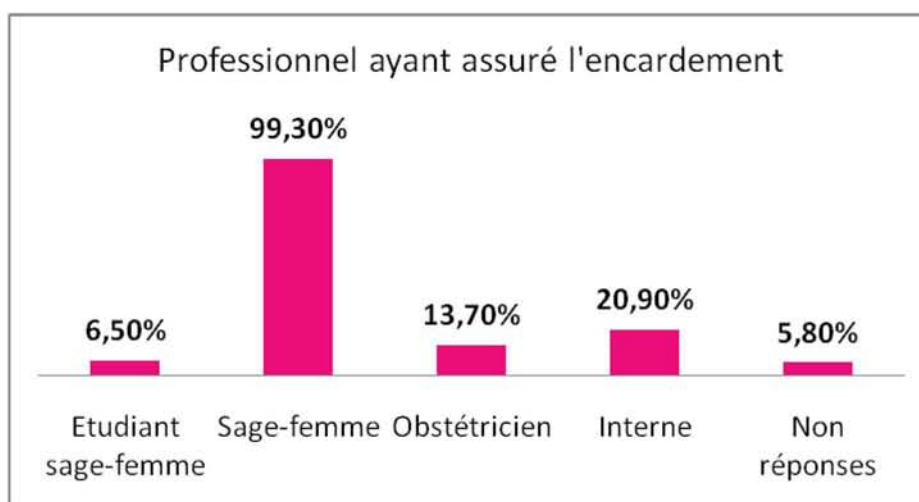


Figure 36 : Professionnel ayant assuré l'encadrement

2.3. Le vécu de la formation et auto-évaluation des étudiants :

Dans cette partie apparaissent les commentaires apportés par les étudiants ayant répondu « non » aux questions posées. Ainsi des éléments de réponses sont apportés afin de justifier leur choix.

Question 35 : Actuellement, vous sentez-vous « capable » de pratiquer une épisiotomie aisément ? N=139

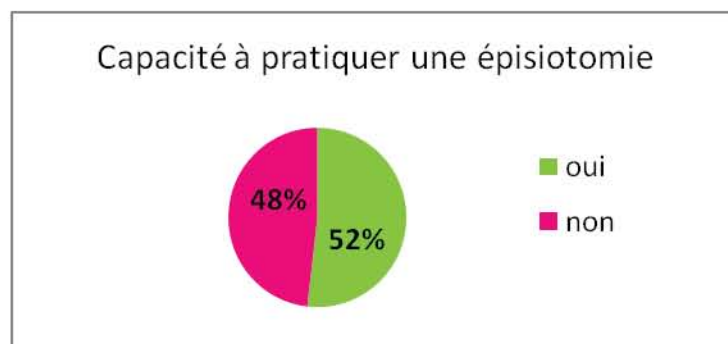


Figure 37 : « Capacité » à pratiquer une épisiotomie

Commentaires : «Difficulté de savoir quand pratiquer une épisiotomie», «Manque d'appréciation clinique», «Manque d'expérience», «Peur de faire une épisiotomie inutile», «Peur de faire une section trop importante».

Question 36 : Actuellement, vous sentez-vous « capable » de suturer une épisiotomie aisément ? N=139



Figure 38 : « Capacité » à Suturer une épisiotomie

Commentaires : «Difficulté de repérer les différents plans anatomiques».

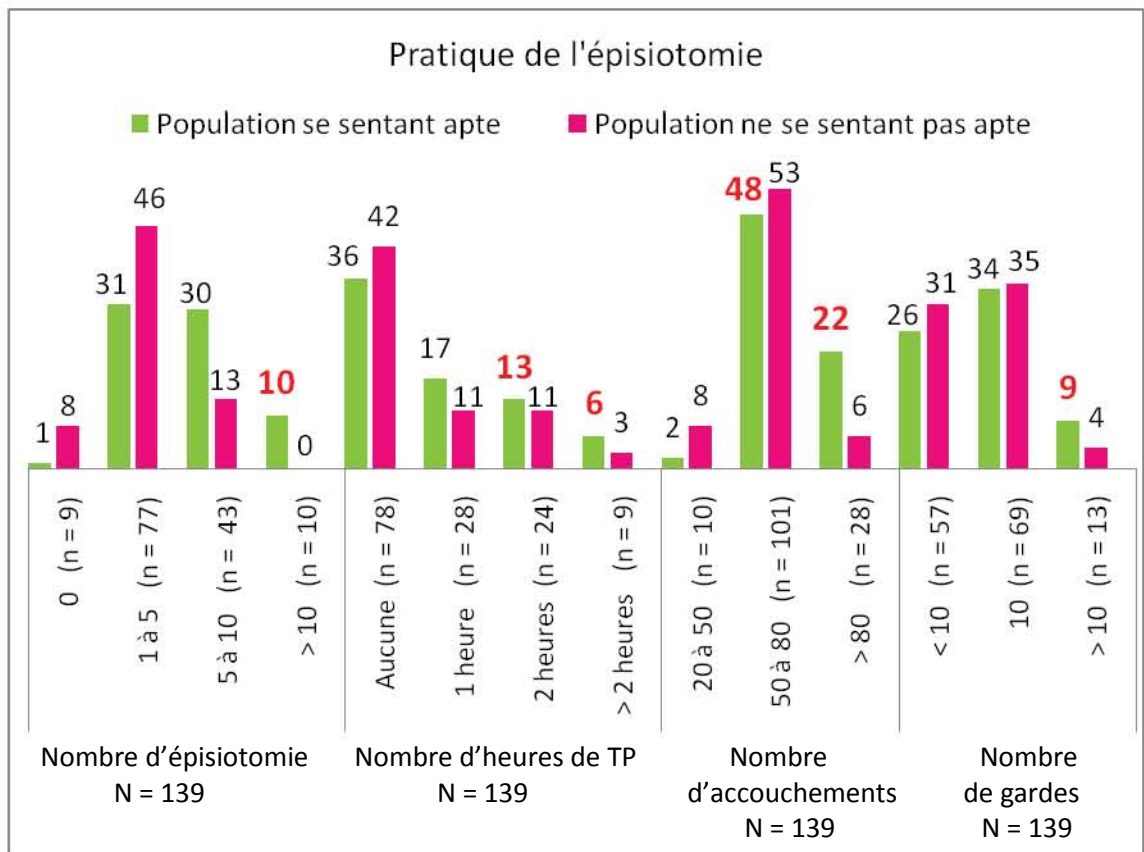
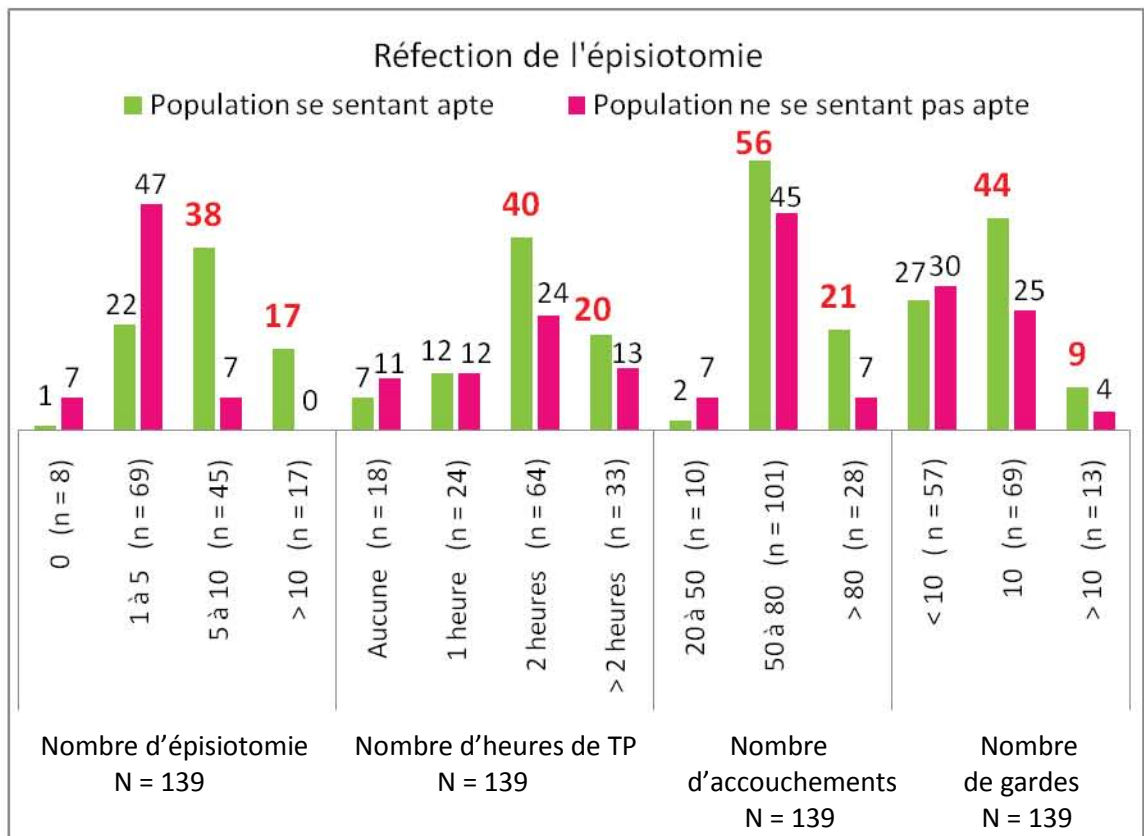


Figure 39 et 40 : Représentation de la population se sentant apte ou non à réaliser ou suturer une épisiotomie en fonction du nombre d'épisiotomie, du nombre d'heure de TP, du nombre d'accouchement et du nombre de gardes effectuées en salles de naissances



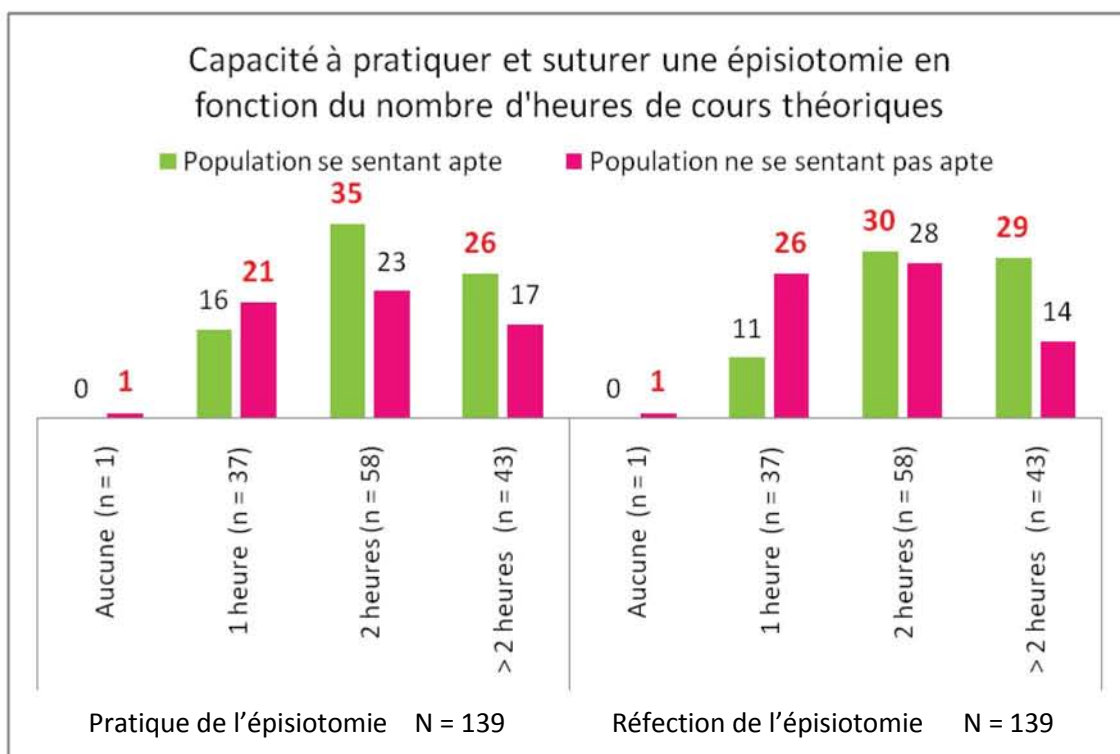


Figure 41 : Croisement entre la capacité à pratiquer et suturer une épisiotomie en fonction du nombre d'heures de cours théoriques

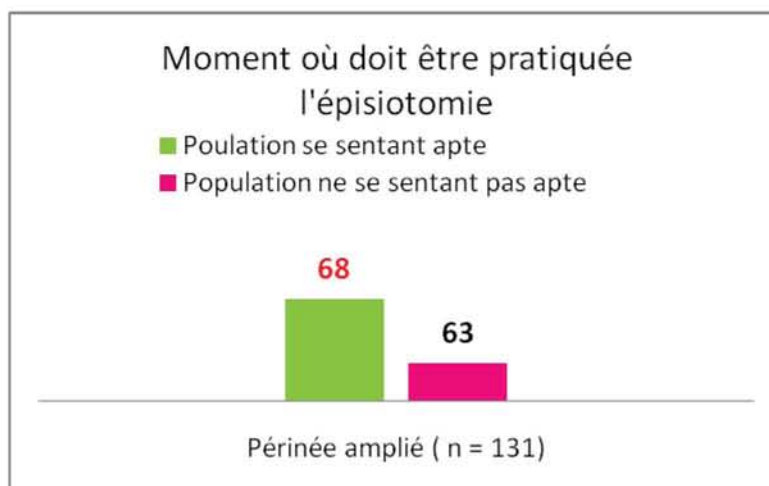


Figure 42 : Graphique représentant le nombre d'étudiants se sentant apte à réaliser une épisiotomie lorsque le périnée est amplié

Question 37 : Si réponse non à la question 35 et 36 pensez-vous que c'est en lien avec : N= 80

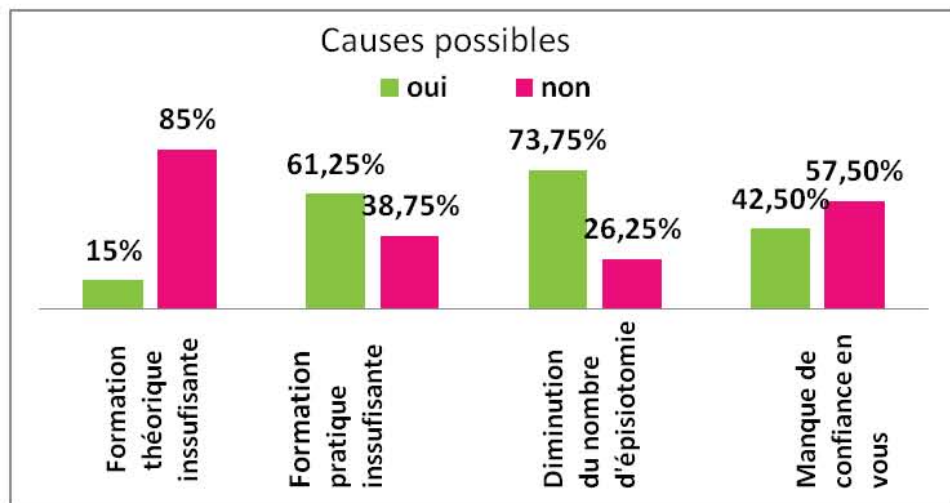


Figure 43 : Causes possibles

Question 38 : A ce jour, vous sentez-vous prêt(e) à faire des sutures seul(e)s ?
N= 139

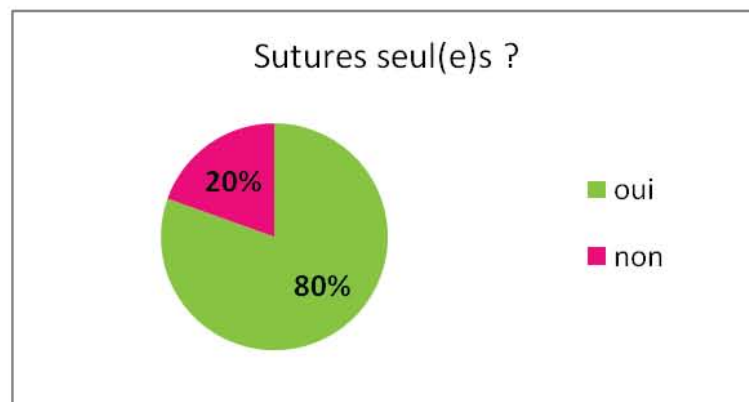


Figure 44 : Capacité à effectuer des sutures seul(e)s

Commentaires : «Manque de confiance en moi».

Question 39 : Etes-vous satisfait(e) de votre formation théorique ? N= 139

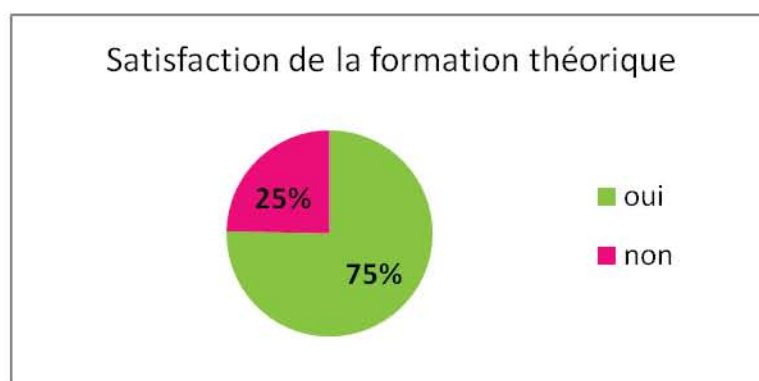


Figure 45 : Satisfaction de la formation théorique

Commentaires : «Les différents types de sutures sont vus trop rapidement», «Apports théoriques pauvres et incomplets», «Manque d'heures», «Insuffisante», «Manque d'information», «Un seul cours en deuxième année de deuxième phase»

Question 40 : Etes-vous satisfait(e) de votre formation pratique à l'épisiotomie ?

N= 139

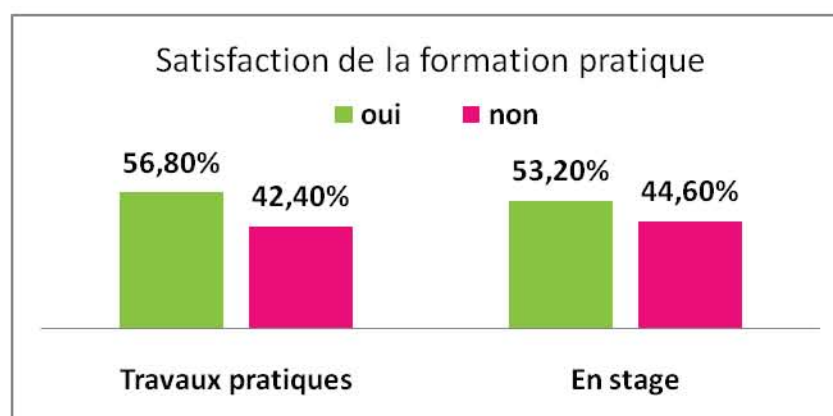


Figure 46 : Satisfaction de la formation pratique

Commentaires : «Pas assez de travaux pratiques sur les différentes techniques de suture», «Travaux pratiques inexistantes ou insuffisants», «Manque d'heures», «Mannequin inapproprié à la réalité», «Pas assez de pratique et pas assez tôt dans la formation», «Absence de cours sur la technique un fil un nœud», «Lorsque l'activité est intense en salle de naissances les sages-femmes manquent de temps pour nous encadrer», «Trop d'hésitation et manque de rapidité, du coup la sage-femme fait», «Début de pratique sur les lieux de stage trop tardif», «Manque de pratique».

Troisième partie :

Analyse, discussion et propositions

Cette troisième partie a pour but d'interpréter les résultats du questionnaire et ainsi de les mettre en relation avec les éléments apportés en première partie. Les hypothèses énoncées vont pouvoir être validées ou réfutées et des solutions seront proposées en fonction des résultats obtenus.

Ces derniers seront analysés en respectant l'ordre du questionnaire et de ses différentes parties.

Le pourcentage de réponses collectées est de 84,24%. En effet, 165 questionnaires ont été envoyés et 139 sont revenus complétés.

1. Analyse des résultats

1.1. Formation théorique au sein des écoles :

✓ Enseignement théorique à propos de l'épisiotomie et de sa réfection

➤ Nombre d'heures de cours théoriques :

D'après les figures 1 et 2, 73% des écoles consacrent au moins deux heures de cours. Ces cours interviennent dans 70 % des cas en deuxième année de première phase et dans 25% des cas en première année de deuxième phase. Or, d'après le programme théorique cet enseignement doit être dispensé lors de la **première phase** des études de sages-femmes.

➤ Support théorique :

Le support théorique le plus utilisé pour effectuer cet enseignement est le power point, le cours magistral ou encore la démonstration sur mannequin.

➤ Professionnel ayant assuré l'enseignement :

Dans la majorité des cas il s'agit d'une sage-femme cadre formatrice (70%).

➤ Technique enseignée concernant la pratique de l'épisiotomie :

La figure 3 nous montre que la technique médio-latérale est enseignée dans 83% des cas, conformément aux recommandations actuelles du CNGOF. Les étudiants reçoivent donc un enseignement, à propos du type d'épisiotomie, qui est tout à fait adapté à celles-ci.

➤ Technique enseignée concernant la réfection de l'épisiotomie :

D'après la figure 4, la suture en trois plans est enseignée dans les écoles à 97,8% alors que la technique un fil un nœud ne l'est qu'à **38,1%**. Or, nous avons vu en première partie que cette technique possédait un grand nombre d'avantages. La formation dans certaines écoles n'offre pas la possibilité aux étudiants de connaître d'autres techniques comme celle d'un fil un nœud. Si la théorie n'est pas acquise comment la pratique peut l'être.

➤ Enseignement reçu par les étudiants :

D'après la figure 5, les indications d'une épisiotomie sont enseignées à 83,6% aux étudiants, le moment où doit être pratiquée une épisiotomie à 81,3%, les complications de l'épisiotomie à 65,7 % et enfin les techniques de sutures à 88,1%.

La majorité des étudiants reçoit un enseignement conforme aux recommandations actuelles du CNGOF parues en 2005. Les connaissances théoriques sont tout de même satisfaisantes, cependant 35 % n'auraient pas eu d'enseignement sur les complications.

Or, il est nécessaire de bien les connaître afin de les éviter et de les diagnostiquer.

➤ Moment où doit être pratiquée une épisiotomie :

Selon la figure 6, lorsque l'on demande aux étudiants le moment «*idéal*» pour pratiquer une épisiotomie, dans 94.2% des cas ceux-ci répondent «*lorsque le périnée s'amplie*».

En effet, selon les recommandations pour la pratique clinique, l'épisiotomie doit être pratiquée au petit couronnement lors d'un effort expulsif ou d'une contraction. La majorité des étudiants de deuxième année deuxième phase semble avoir intégré en théorie le moment où l'épisiotomie doit être réalisée.

➤ Conséquences d'une épisiotomie précoce :

D'après la figure 7, les étudiants répondent «*un saignement abondant*» à 64.7% et «*une section difficile*» à 64%. Il est évident qu'une épisiotomie réalisée trop tôt n'a aucun intérêt car à ce moment le périnée n'est pas amplifié donc difficile à sectionner et surtout très douloureux.

40% d'entre eux ignore donc ces conséquences alors qu'il y a 94.2% de bonnes réponses concernant le moment où doit être réalisée une épisiotomie.

➤ Indications à la pratique d'une épisiotomie :

D'après la figure 8, **69%** répondent «*périnée court*», pourtant selon les recommandations du CNGOF de 2005 c'est **la seule** indication d'épisiotomie systématique. Parmi les autres situations, l'épisiotomie est à l'appréciation clinique du praticien ou de la praticienne. Autrement dit **31%** des étudiants cochent une mauvaise réponse, et en particulier «*lorsque le périnée blanchi*», «*lors des extractions instrumentales*», ou encore «*mauvais état du périnée*». Ceci peut être en lien avec une connaissance de l'existence de ces recommandations de la part des étudiants, mais dont le contenu n'est pas totalement acquis.

➤ Éléments anatomiques sectionnés :

Selon la figure 9, 98,6% des étudiants répondent «*le vagin*», 75,5% «*le muscle releveur de l'anus*» (faisceau pubo-rectal), et **66,9%** «*la vulve*». Ceci met bien en évidence une mauvaise connaissance de l'anatomie du périnée.

Or, celle-ci est indispensable pour effectuer une épisiotomie ainsi que sa réfection. Ceci peut-être en lien avec le nombre d'heures de cours théoriques inférieur à 2 heures pour 27% des étudiants, et de ce fait d'un manque d'aptitude selon eux pour réaliser mais surtout suturer une épisiotomie.

➤ Quantité de saignement lors d'une épisiotomie :

D'après la figure 10, **40%** des étudiants pensent que celle-ci entraîne un saignement de 200 ml, **14%** déclarent ne pas savoir.

Il est important pour la sage-femme de connaître la quantité de saignement engendrée par la pratique d'une épisiotomie pour expliquer certaines anémies du post-partum et comprendre que la réalisation d'une épisiotomie précoce a des conséquences délétères.

➤ Recommandations actuelles :

Au vu de la figure 11, 83% des étudiants ont connaissance des recommandations, cependant, 69% seulement connaissent la seule indication systématique.

Ces recommandations ne sont pas assez maîtrisées par l'ensemble des étudiants sages-femmes.

➤ Réfection de l'épisiotomie

D'après les figures 12, 13 et 14, pour 92,1% des étudiants la réfection du vagin est possible à l'aide d'un surjet et **51,1%** répondent les points séparés.

Pour la réfection du plan musculaire 75% disent oui aux points séparés, 70 % répondent oui aux points en X, et seulement **36 %** sont favorables à la réalisation d'un surjet. Il en est de même pour la réfection de la peau, seuls 45% des étudiants prétendent que le surjet est possible.

Ces résultats peuvent être en lien avec le faible pourcentage d'étudiants (38%) ayant reçu un enseignement théorique sur la technique de réfection par la méthode un fil un nœud. En revanche la réponse « points séparés » au niveau du vagin peut paraître étonnante car ce n'est pas ce qui est recommandé au vu des complications que ceux-ci peuvent entraîner.

➤ Complications d'une épisiotomie :

Selon la figure 15, seul un faible nombre d'étudiants pensent aux troubles de la défécation (30%) ou à une nécrose (18%) qui peut survenir lors d'une réfection avec des points séparés. Ces deux dernières complications existent, ne sont pas négligeables mais pourtant méconnues pour 70% des étudiants.

✓ **Travaux pratiques (TP)**

➤ Nombre d'heures de travaux pratiques :

• **Pratique de l'épisiotomie :**

D'après les figures 16 et 17, **56%** des étudiants n'ont aucune heure de TP. Ce qui implique que plus de la moitié des étudiants n'ont jamais reçu de travaux pratiques sur les techniques de section du périnée. Ceci a une influence sur le sentiment d'aptitude ? Nous aborderons cela dans le point « Analyse des facteurs favorisant au sentiment d'aptitude ».

Parmi les **44%** d'étudiants ayant bénéficié de travaux pratiques, **11%** ont eu ces heures de TP en première année de deuxième phase alors que le programme ne le prévoit pas à ce moment de la formation.

- **Réfection de l'épisiotomie :**

Les figures 18 et 19 montrent que **30%** des étudiants ont moins d'une heure de TP. Est-ce suffisant ? Nous aborderons cela dans le point « Analyse des facteurs favorisant au sentiment d'aptitude ».

27% des étudiants ont eu ces heures de TP en deuxième phase alors que le programme ne le prévoit pas à ce moment de la formation.

- Support théorique pour la réfection de l'épisiotomie :

Dans la majorité des cas un travail sur pieds de porc, cuisses de poulet, carrés de mousse ou encore la vidéo est utilisé.

- Professionnel ayant réalisé l'enseignement :

D'après la figure 20, Pour la plupart des écoles à 70% il s'agit d'une sage-femme cadre formatrice.

- Méthodes enseignées pour la réfection :

D'après les figures 21 et 22, la suture en trois plans est à 90,1% vue, à 70% faite et à **46%** seulement acquise. Pour la technique un fil un nœud, à **57%** vue, à **24%** faite et à **7,6%** seulement acquise. Là encore, les disparités entre les deux méthodes se font ressentir tant sur le plan des cours théoriques que sur les travaux pratiques réalisés dans les écoles. Autrement dit **92.4%** des étudiants affirment ne pas avoir acquis la technique un fil un nœud et **54%** la suture en trois plans. Or, les avantages de la technique un fil un nœud sont prouvés scientifiquement.

En conclusion, **malgré un programme national des études de sages-femmes**, il semblerait que la formation au sein des écoles est variable tant d'un point de vue volume horaire que sur la méthodologie des techniques de réfection. De plus, 6 ans après les recommandations de 2005, les étudiants ne semblent pas maîtriser les bonnes pratiques à propos de l'épisiotomie.

Ne faudrait-il pas que le programme soit précisé en volume horaire et en techniques de réfection ?

1.2. Formation pratique sur les lieux de stage :

✓ Stages

- Nombre d'accouchement, nombre de semaines en salles de naissances et nombre de gardes :

Selon les figures 23 et 24 et 25, 80% des étudiants ont effectué un nombre d'accouchement inférieur à 80. Cependant, rappelons que l'étude a été réalisée au mois d'octobre. **53%** des étudiants ont effectué entre 30 et 40 semaines en salle de naissances, 40% entre 20 et 30 semaines et 7% d'entre eux ont effectué plus de 40 semaines de stage en salle de naissances. En moyenne, ils effectuent 10 gardes par stage.

On peut constater que seulement 20% des étudiants ont atteint, au mois d'octobre, leurs objectifs concernant la formation clinique minimale. 80% ont alors 7 mois pour atteindre les objectifs demandés pour l'obtention du diplôme d'état. Mais qu'en est-il alors de leur aptitude à l'épisiotomie ? Nous aborderons cela dans le point « Analyse des facteurs favorisant au sentiment d'aptitude ».

✓ Pratique de l'épisiotomie

- Observation d'une pratique :

D'après la figure 26, 100% des étudiants ont observé la pratique d'une épisiotomie par une sage-femme, 92,8% par un obstétricien, 79,9% par un interne. Notons que **21%** des étudiants ont pu observer la pratique d'une épisiotomie réalisée par un autre étudiant.

- Nombre d'épisiotomie pratiquée :

Selon les figures 27 et 28, 6,5% n'en ont réalisé aucune et 55,4% des étudiants ont réalisé entre 1 et 5 épisiotomie(s). Parmi les 130 étudiants ayant une expérience d'épisiotomie, **36,7%** ont réalisé leur première épisiotomie en première année de deuxième phase. Or, l'organisation des études de sages-femmes est axée sur la physiologie en première phase, et le perfectionnement de la physiologie et l'acquisition de la pathologie en deuxième phase.

Les étudiants sages-femmes français voient leurs possibilités d'effectuer des épisiotomies sur le terrain réduites au regard des recommandations qui prônent la non systématisation de cet acte.

➤ Type d'épisiotomie :

D'après la figure 29, dans 84% des cas il s'agit d'une épisiotomie médio-latérale. Ceci est en accord avec les résultats précédents qui révélaient que dans 83% des cas la méthode enseignée en théorie pour la pratique de l'épisiotomie est médio-latérale.

➤ Professionnel assurant l'encadrement :

La figure 30 montre que dans **94.2%** des cas il s'agit d'une sage-femme.

✓ **Réfection de l'épisiotomie**

➤ Observation d'une réfection :

D'après la figure 31, 97% des étudiants ont observé la réfection d'une épisiotomie par une sage-femme, 82% par un obstétricien ou un interne, et **30%** des étudiants ont observé la suture d'une épisiotomie réalisée par un autre étudiant.

➤ Nombre d'épisiotomie suturée :

La figure 32 et 33 met en évidence que : **5,8% des étudiants n'ont jamais suturé d'épisiotomie, 50% en ont suturé entre 1 et 5 épisiotomie(s)** depuis le début de leur formation. Parmi les 131 étudiants ayant une expérience de réfection, **42,4%** ont suturé leur première épisiotomie en **première année de deuxième phase**. Or, l'organisation des études de sages-femmes est axée sur la physiologie en première phase, et le perfectionnement de la physiologie et l'acquisition de la pathologie en deuxième phase.

Autrement dit, 1 étudiant sur 2 a débuté son apprentissage en première année de deuxième phase, ce qui paraît tard dans la formation étant donné l'intervention des cours théoriques à ce sujet. Un apprentissage qui s'effectue tardivement, un nombre d'épisiotomie pratiquée et suturée restant faible pour la moitié des étudiants interrogés, laisse à penser qu'à la fin des études l'acquisition de cette compétence pourrait ne pas être obtenue.

L'hypothèse selon laquelle « La réalisation de l'épisiotomie ainsi que sa réfection est peu pratiquée par les étudiants sage-femme » est vérifiée.

➤ Méthode utilisée pour la réfection :

D'après la figure 34, dans 92.8% des cas la technique utilisée est la suture en trois plans, contre 18% pour la technique un fil un nœud. Ceci paraît cohérent avec les résultats analysant les cours théoriques qui révélaient que dans seulement 38% des cas la technique un fil un nœud est enseignée sur le plan théorique et vue que dans 57% des cas. Cela pourrait montrer que la technique un fil un nœud n'est pas mise en pratique comme le recommande les sociétés savantes.

➤ Nombre de déchirures :

A contrario sur la figure 35, le nombre de **déchirures** effectuées par les étudiants est supérieur à 10 dans 74% des cas. Selon la formation clinique minimale, l'étudiant sage-femme devrait «*pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum)*». Cependant celle-ci ne fait pas la différence entre le nombre de déchirures et le nombre d'épisiotomies à effectuer.

➤ Professionnel assurant l'encadrement :

Selon la figure 36, dans 99,3% des cas il s'agit d'une sage-femme. Ce sont donc les sages-femmes les premières concernées par la formation en stage des étudiants à l'épisiotomie, aussi bien pour sa pratique que sa réfection.

En conclusion, la formation pratique sur les lieux de stage concernant l'épisiotomie et sa réfection, ne permet pas à tous les étudiants d'acquérir cette compétence. Tout d'abord en raison d'une diminution du taux d'épisiotomie mais également d'un manque de pratique sur les lieux de stage.

Comment peut-on acquérir une compétence dans un domaine où la pratique, qui est la base même de son acquisition, est déficiente et de ce fait laisse place à la théorie ?

Est-ce qu'une sage-femme nouvellement diplômée en 2011 peut se sentir à l'aise avec la réalisation et la réfection d'une épisiotomie après ne l'avoir effectué qu'une seule fois pendant ses études ? (situation de 50% des étudiants)

1.3. Vécu de la formation et auto-évaluation des étudiants :

➤ Apte ou pas apte ?

D'après les figures 37 et 38, **48%** des étudiants ne se sentent pas « capables » de pratiquer une épisiotomie aisément et **44%** ne se sentent pas capables de suturer.

Afin d'analyser les facteurs favorisant le sentiment d'aptitude des étudiants à propos de l'épisiotomie, j'ai réalisé plusieurs tableaux croisés représentés par les figures 39, 40, 41 et 42.

➤ Analyse des facteurs favorisant le sentiment d'aptitude

Concernant la pratique de l'épisiotomie : cf. figure 39, 41 et 42

- Nombre d'épisiotomies réalisées :

On constate qu'un écart entre la population se sentant apte et la population ne se sentant pas apte, se creuse à partir d'un nombre supérieur strict à 5 épisiotomies. Plus on pratique d'épisiotomies plus on se sent apte à réaliser cet acte.

Ex : Sur les 10 étudiants ayant réalisé plus de 10 épisiotomies, tous se sentent aptes.

De plus, sur 53 étudiants ayant effectué au moins 5 épisiotomies 40 se sentent « aptes » à pratiquer une épisiotomie aisément soit **75%**.

C'est pourquoi nous pouvons affirmer qu'il faudrait avoir effectué **au moins 5 épisiotomies** lors de la formation pour se sentir « capable » de la pratiquer et de ce fait acquérir cette compétence lorsque l'on devient sage-femme.

Or, **61.9%** des étudiants ne font pas partie de cette population.

- Nombre d'heures de TP :

Il n'y a pas de grandes différences entre les deux populations étudiées car les séances de travaux pratiques ne sont pas centrées sur la pratique de l'épisiotomie mais sa réfection.

- Nombre d'heures de cours théoriques : *cf. figure 41*

Plus le nombre d'heures de cours est important, plus les étudiants se sentent « aptes » à effectuer une épisiotomie.

En effet, sur 101 étudiants ayant eu au moins 2 heures de cours, 61 se sentent « aptes » à pratiquer une épisiotomie soit **60,4%**.

- Moment où doit être réalisée une épisiotomie : *cf. figure 42*

Sur les 131 qui ont répondu « lorsque le périnée s'amplie » seulement 68 se disent aptes, soit **52%**. Autrement dit, la théorie ne leur suffit pas pour qu'ils se sentent capable de réaliser cette compétence sur le terrain.

- Nombre d'accouchements :

On constate qu'un écart entre la population se sentant apte et la population ne se sentant pas apte, se creuse à partir d'un nombre supérieur strict à 80 accouchements. Plus on pratique d'accouchements plus on se sent à l'aise avec la pratique de l'épisiotomie.

En effet, Sur 28 étudiants ayant effectué plus de 80 accouchements, 22 se sentent « aptes » à réaliser une épisiotomie soit **78,6%**.

C'est pourquoi nous pouvons affirmer qu'il faudrait donc effectuer **au moins 80 accouchements** pour se sentir « apte » et acquérir cette compétence.

Or, **80%** des étudiants ne sont pas concernés (en date où l'étude a été réalisée).

- Nombre de gardes en salles de naissances :

Il n'y a pas de grandes différences entre les deux populations étudiées. De ce fait, le nombre de gardes ne semble pas influencer sur le sentiment d'aptitude des étudiants.

Cependant, lorsqu'ils effectuent plus de 10 gardes, 9 sur 13 (**soit 69.2%**) se disent capables de pratiquer une épisiotomie.

Concernant la réfection de l'épisiotomie : cf. figure 40 et 41

- Nombre d'épisiotomies suturées :

On constate qu'un écart entre la population se sentant apte et la population ne se sentant pas apte, se creuse à partir d'un nombre supérieur strict à 5 épisiotomies. Plus on suture d'épisiotomies plus on se sent apte à réaliser cet acte.

Ex : Sur les 17 étudiants ayant suturé plus de 10 épisiotomies, tous se sentent aptes.

De plus, sur 62 étudiants ayant suturé au moins 5 épisiotomies 55 se sentent « aptes » à suturer aisément soit **88,7%**.

C'est pourquoi, nous pouvons affirmer qu'il faut donc avoir suturé au moins 5 épisiotomies lors de sa formation pour pouvoir se sentir « apte » une fois diplômé.

Or, **55.4%** des étudiants ne font pas partie de cette population.

- Nombre d'heures de TP :

On constate qu'un écart entre les deux populations se creuse à partir de deux heures. Plus le nombre d'heures de TP augmente et plus on se sent apte à suturer une épisiotomie.

En effet, sur 97 étudiants ayant eu au moins deux heures de TP, 60 se disent aptes à suturer une épisiotomie soit **62%**.

Il faudrait donc **au moins deux heures** de TP sur la réfection de l'épisiotomie pour permettre aux étudiants sages-femmes de mettre en pratique les cours théoriques.

Or, **30.2%** des étudiants ne font pas partie de cette population.

- Nombre d'heures de cours théoriques : cf. figure 41

Plus le nombre d'heures de cours est important, plus les étudiants se sentent « aptes » à suturer une épisiotomie.

En effet, sur 101 étudiants ayant eu au moins deux heures de cours, 59 se sentent aptes à suturer soit 58.4%.

C'est pourquoi nous pouvons affirmer qu'il faudrait **au moins 2 heures** pour permettre aux étudiants d'avoir les connaissances théoriques nécessaires à l'acquisition de cette compétence (2 heures à la fois pour la pratique et la réfection).

- Nombre d'accouchements :

On constate qu'un écart entre les deux populations se creuse à partir d'un nombre supérieur strict à 80 accouchements. Plus le nombre augmente plus le pourcentage d'aptitude augmente.

En effet, sur 28 étudiants ayant effectué plus de 80 accouchements, 21 se sentent capables de suturer une épisiotomie soit **75%**. Il faudrait donc effectuer **au moins 80 accouchements** pour se sentir « apte » à acquérir cette compétence.

Or, **80%** des étudiants ne sont pas concernés (en date où l'étude a été réalisée).

- Nombre de gardes :

L'écart se creuse à partir d'au moins 10 gardes.

Plus le nombre de garde s'approche de 10 et plus par stage, plus le nombre d'étudiants « aptes » augmente.

En effet, sur 82 étudiants ayant effectué au moins 10 gardes, 53 se sentent apte à suturer une épisiotomie soit **65%**.

C'est pourquoi, il faudrait **au moins 10 gardes** par stage en salles de naissances.

➤ S'ils ne se sentent pas « aptes », selon eux c'est en lien :

Selon la figure 43, 61,25% pensent que c'est en lien avec une formation pratique insuffisante. Cela montre bien que le manque de pratique entraîne un manque d'assurance et de savoir-faire.

➤ Capacité à effectuer des sutures seuls (comprenant les déchirures)

Selon la figure 44, ils se sentent capable dans 80% des cas à réaliser des sutures seuls. En effet, ils sont 74% à avoir suturé plus de 10 déchirures.

➤ Que pensent-ils alors de leur formation ?

D'après la figure 45, sur 139 étudiants interrogés, 75% d'entre eux sont satisfaits de leur **formation théorique**.

Par contre, concernant la formation pratique, **53%** seulement sont satisfaits de leur **formation sur les lieux de stage**, et **56%** sont satisfaits de leur **formation en travaux pratiques**.

En effet, parmi les 106 étudiants ayant eu aucune ou 1 heure de TP (soit 76,3%) sur la pratique de l'épisiotomie, 53 se sentent aptes à réaliser une épisiotomie soit **50%** d'entre eux. De même, parmi les 42 étudiants ayant eu aucune ou 1 heure de TP (soit 30,2 %) à propos de la réfection de l'épisiotomie 19 se sentent aptes à suturer soit **45.2%** d'entre eux (*cf. figure 39 et 40*).

A ne pas oublier que chaque étudiant est acteur de sa formation, et de ce fait doit se montrer disponible, motiver, mais surtout présenter ses objectifs de stage.

En résumé, pour qu'un étudiant puisse se sentir « capable » de pratiquer et de suturer une épisiotomie lorsqu'il est diplômé il faudrait :

- Au moins **deux heures** de cours théoriques comprenant un enseignement sur :
 - L'anatomie du périnée et sa définition
 - Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2005 (incluant les indications à l'épisiotomie)
 - Le moment où doit être réalisé une épisiotomie
 - Les différentes techniques de suture
 - Les complications et les conséquences d'une épisiotomie précoce
- Au moins **deux heures** de travaux pratiques sur la pratique et la réfection de l'épisiotomie
- Au moins **80 accouchements** effectués
- Au moins **10 gardes** par stage en salles de naissances
- Au moins **5 épisiotomies pratiquées**
- Au moins **5 épisiotomies suturées**
- Que l'étudiant soit **impliqué et acteur de sa formation**

2. Discussion et propositions :

2.1. Formation théorique au sein des écoles :

Le programme des études de sage-femme devrait prévoir au moins deux heures de cours théoriques puisque le sentiment d'aptitude est démontré à partir de ce volume horaire.

Le système universitaire permettra-t-il aux étudiants de répondre aux besoins des cours théoriques et des travaux pratiques ?

Nous proposons donc de préciser le programme théorique des études de sage-femme en y instaurant les thématiques suivantes :

- L'anatomie du périnée et sa définition
- Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2005 (incluant les indications à l'épisiotomie)
- Le moment où doit être réalisée une épisiotomie
- Les différentes techniques de suture
- Les complications et les conséquences d'une épisiotomie précoce

A la rentrée 2011, les études de sage-femme prennent un nouveau tournant puisque la formation entre dans le système licence / master / doctorat (LMD). Et le programme va être réorganisé.

Il serait judicieux de proposer des ateliers de travaux pratiques sur mannequins pour permettre à l'étudiant de s'exercer à effectuer les deux types de réfection d'épisiotomie possible. Dans ce cas, toutes les écoles enseigneraient les mêmes techniques et offriraient aux étudiants la formation la plus complète possible. Cela pourrait également optimiser la pratique sur les lieux de stage du fait de la notion de «déjà vu». Nous avons vu également que le nombre d'heures de TP supérieur ou égal à 2 paraissait être un critère satisfaisant pour que les étudiants puissent se sentir à l'aise vis-à-vis de l'épisiotomie. Si les travaux pratiques à l'école sont effectués, l'étudiant pourra aborder de manière plus sereine sa pratique sur les lieux de stage, puisqu'une première approche aura été effectuée en théorie.

2.2. Formation pratique :

Concernant la formation pratique plusieurs problèmes ont été soulevés. Tout d'abord, le faible nombre d'épisiotomies pratiquées et suturées de la part des étudiants sage-femme de deuxième année deuxième phase. En effet, ce manque de pratique pourrait être pallié par **la désignation d'une sage-femme, tuteur de stage**. Ce tuteur serait alors garant d'accompagner l'étudiant dans son processus d'apprentissage. Le fait de pouvoir travailler continuellement avec le même professionnel permettrait à l'étudiant de progresser et d'acquérir un accompagnement personnalisé selon ses objectifs et son niveau d'implication.

C'est pourquoi, l'étudiant devra **présenter ses objectifs de stage écrits, formulés précisément à propos de l'épisiotomie**. La sage-femme pourra alors apprécier sa volonté de pratiquer l'épisiotomie et sa réflexion tout en évaluant sa progression au fur et à mesure du stage ainsi que sa motivation.

A propos de la formation clinique minimale, là encore la précision par rapport au nombre minimal d'épisiotomie n'est pas claire, puisqu'un étudiant sage-femme doit « pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum) ».

Or, l'étudiant qui aura pratiqué 29 déchirures et une épisiotomie aura rempli ses objectifs au même titre qu'un étudiant ayant pratiqué 15 épisiotomies et 15 déchirures. Et pourtant, ces deux étudiants ne seront pas au même «niveau» en matière d'épisiotomie. En effet, nous avons vu qu'il fallait 5 épisiotomies dans le panel clinique des étudiants pour qu'ils puissent se sentir aptes et compétents.

Si la formation actuelle des études de sage-femme ne permet pas un nombre conséquent d'épisiotomie sur le plan pratique en stage, qu'en est-il de la future formation PAES (première année des études de santé) et de son nouveau programme ?

En effet, à partir de septembre 2011, le programme des études sera modifié et en particulier le nombre de semaines de stage en salle de naissances. Actuellement un étudiant sage-femme effectue 105 semaines de stage au cours de sa formation, contre 90 avec la réforme LMD. Le temps de stage sera donc fortement diminué notamment en première phase (soit L2 et L3) avec 54 semaines actuellement contre 34 semaines à partir de septembre 2011.

La diminution du temps passé en stage sera-t-elle comblée par des heures de travaux pratiques ? Les cours et les stages seront répartis différemment. Les périodes de stages seront plus longues mais entrecoupées de périodes de cours également plus longues. Certes, les étudiants seront plus longtemps en stage mais reviendront moins souvent. Or, l'application pratique et l'apprentissage théorique doivent être concomitants pour optimiser l'acquisition d'une compétence.

Que deviendra l'apprentissage à l'épisiotomie et sa réfection dans de telles conditions ? Comment les futurs étudiants vont pouvoir faire le lien entre la théorie et la pratique si les périodes de cours et de stages sont si étendues ?

Seul un tutorat permettrait de répondre à cette problématique.

Pourquoi ne pas créer une fiche récapitulant tous les objectifs nécessaires à atteindre pour permettre l'acquisition d'une compétence telle que l'épisiotomie ?

Les étudiants pourraient alors s'en servir lors de leurs stages en salle de naissances et auto-évaluer leur progression ainsi la chronologie d'apprentissage à parcourir pour atteindre un but final qui est la maîtrise de l'épisiotomie et sa réfection.

2.3. Une fois diplômé... :

Nous avons vu précédemment que pour la moitié des étudiants interrogés, ceux-ci ne se sentent pas « capables » de pratiquer et suturer une épisiotomie aisément. Cependant, le fait de ne pas se sentir apte ou même de ne pas avoir accompli un nombre d'épisiotomie satisfaisant par exemple, ne doit pas placer pour autant l'étudiant ou le jeune diplômé en difficultés. La formation des études de sages-femmes ne permet pas toujours d'atteindre l'ensemble des objectifs demandés.

Par contre, un des devoirs de la sage-femme lors de son exercice est la formation continue. En effet, diplômé ne veut pas dire « formation terminée », celle-ci ne s'arrête pas à l'obtention du diplôme mais est en perpétuel remaniement.

C'est pourquoi il est indispensable que la sage-femme « réactualise » ses connaissances en permanence car avoir obtenu un diplôme d'état n'est pas une fin mais un début.

Pourquoi ne pas mettre en place des séances de travaux pratiques dirigés par des sages-femmes expérimentées, qui transmettraient leur savoir en particulier sur l'épisiotomie afin de mettre en confiance les sages-femmes nouvellement diplômées ?

De plus, **créer un tutorat entre sages-femmes jeunes diplômées et sages-femmes expérimentées** permettrait un soutien précieux et l'acquisition définitive des compétences exigées par leur profession.

Parce que, le partage d'expériences est une richesse, la maternité Bel-air du centre hospitalier régional de Metz-Thionville travaille sur la mise en place de ce type d'organisation afin de répondre à cette problématique.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de savoir si les recommandations pour la pratique clinique de 2005 à propos de l'épisiotomie avaient eu des conséquences sur la formation actuelle des études de sage-femme.

C'est le cas au niveau pratique du fait de la diminution notable du nombre d'épisiotomies pratiquées en salle de naissances. Il en résulte qu'actuellement la moitié des étudiants interrogés a réalisé et suturé entre une et cinq épisiotomies depuis le début de sa formation.

Sur le plan théorique, tous les étudiants ne reçoivent pas le même enseignement car certains points restent non abordés. La méthode de réfection un fil un nœud par exemple, ou même le nombre d'heures de cours théoriques sur la pratique de l'épisiotomie est inexistant dans plus de la moitié des écoles. Ceci n'est peut-être pas directement en lien avec les recommandations de 2005 mais plutôt en rapport avec un manque de précision du programme théorique des études de sage-femme.

Le problème essentiel soulevé par cette diminution du nombre d'épisiotomies reste le manque de pratique par les étudiants sage-femme qui affirment ne pas se sentir « aptes » à suturer ou même réaliser une épisiotomie quand cela est nécessaire.

Toutefois, ne pas se sentir apte ne veut pas dire que l'on ne l'est pas et inversement, se sentir apte ne veut pas forcément dire qu'on l'est...

La formation continue et la création de tutorat deviendront alors indispensables pour ce type de pratique afin de permettre aux sages-femmes nouvellement diplômées d'exercer leur profession dans les meilleures conditions et pouvoir faire face au risque médico-légale.

Les nouveaux diplômés parviendront-ils à garder leurs compétences de sage-femme en matière d'épisiotomie tout en respectant les recommandations de 2005 ?

Que deviendra la formation future à partir de septembre 2011 après la réforme des études de sage-femme ?

Références Bibliographiques:

- [1] Dr ALLY ABBARA.aly-abbara.com [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.aly-abbara.com/>> (consulté le 24.09.2010)
- [2] Cours du Dr Lemarié. Le Périnée. Septembre 2007.
- [3] Figure 1 : Tableau regroupant les muscles du périnée selon Rouvière et Kamina. Cours du Dr Lemarié. Le périnée. Septembre 2007.
- [4] Figure 2 : Les muscles du périnée selon Kamina P
- [5] Figure 3 : Représentation des différentes techniques d'épisiotomie. R. Merger. Précis d'obstétrique 6^{ème} édition (2001) p 493 fig 465.
- [6] Figure 4 : Réfection du plan vaginal
- [7] Figure 5 : Réfection du plan musculaire
- [8] Figure 6 : Réfection du plan sous-cutané
- [9] Figure 7 : Réfection du plan cutané
- [10] OULD, A Treatise on Midwifery. In three parts. Dublin: Nels on and Connor. 1742.
- [11] DELEE, J.B, The prophylactic forceps operation. 1920. Am J Obstet Gynaecol, 2002. 187(1) p 254; discussion 255
- [12] POMEROY, shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? Am J Obstet Dis woman and child, 1918. 78: p 211
- [13] THACKER SB, BANTA HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language litterature,1860-1980. Obstet Gynecol Survey 1983; 38 : 322-38
- [14] RUTSCHMANN I, L'épisiotomie de routine est-elle justifiée ? Profession sage-femme, 1998, 43p : 29-33
- [15] GORDON H, LOGUE M, Perineal muscle function after childbirth Lancet, 1985, tome 2 : 123-5
- [16] SLEEP J, GRANT A, West Berkshire perineal management trial ; threeyear follow-up, Br. Med. J. 1987, 295: 749-51

- [17] Risk DE, Thomas L. Relationship between the length of the perineum and position of the anus and vaginal delivery in primigravidae. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 200; 11: 79-83.
- [18] WOOLLEY RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part 1&2. *Obstet Gynecol Survey* 1995; 50 : 806-35.
- [19] JACQUETIN B. Episiotomie : contre une utilisation de routine. In : Collet M, Treisser A, editors. *Société Française de Médecine Périnatale*. Paris: Arnette, 1997, p. 215-31.
- [20] SLEEP J, GRANT A, GARCIA J, ELBOURNE D, SPENCER J, CHALMERS I. West Berkshire perineal management trial. *BJM* 1984; 289p: 587-90.
- [21] ANTHONY S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101p: 1064-7
- [22] Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy : a randomized controlled trial. *Lancet* 1993; 342p: 1517-8
- [23] SCHLOMER G, GROSS M, MEYER G, Effektivität der liberalen vs. Der restriktiven episiotomie bei vaginaler geburt hinsichtlich der vermeidung von harn-und stuhlinkontinenz: eine systematische übersicht, *Wein Med, Wochenschen*, 2003, 153: 269-75
- [24] DANNECKER C, Hillemans P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 364-8.
- [25] BORGHI J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 221-8.
- [26] CARROLI G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2 : CD000081.
- [27] L'épisiotomie, Recommandations pour la pratique clinique, texte court, C.N.G.O.F., 2005, page 5.

- [28] Figure 1 : Evolution du taux d'épisiotomies en France de 1994 à 2005 (Taux global et selon la parité, rapporté aux accouchements par voie basse) Source Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994-2005.
- [29] R. MAILLET. A propos des recommandations sur l'épisiotomie émises par le CNGOF en décembre 2005. Gynécologie obstétrique & Fertilité 34 (2006) 274p.
- [30] ROCKENER G, Fianu-Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Feb; 106(2): 95-101.
- [31] WEBER AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979-1997. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002 Dec; 100(6): 1177-82.
- [32] SPICER, Susan. Episiotomy Rates are Dropping. Recent studies question necessity of routine episiotomies **[en ligne]** <<http://www.todayspaent.com/pregnancybirth/labour/article.jsp>> (consulté le 30.09.2010)
- [33] Ordre des sages femmes conseil national. **[en ligne]** <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>> (consulté le 18.10.2010).
- [34] Programme des études de sage-femme de 1973 ; Arrêté du 23 mai 1973 relatif au programme des études de sage-femme, paru au J.O. du 27 mai 1973.
- [35] Programme des études de sage-femme de 1985 ; Arrêté du 27 décembre 1985 relatif aux études de sage-femme, paru au J.O. du 27 décembre 1986.
- [36] Programme des études de sage-femme de 2001 ; Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, paru au J.O. du 19 décembre 2001.
- [37] Figure 9 : Organisation générale de la formation actuelle des études de sage-femme.
- [38] NICOLAS S. « La psychologie cognitive ». Editions ARMAND COLIN. 220 p.
- [39] DONNADIER B., VIAL M., GERTHON M. « Les théories de l'apprentissage ». Editions MASSON, p44-46, 128 pages.
- [40] WITTORSKI R. 1997. Le site de la profession carte de santé. **[en ligne]** <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article368>> (consulté le 22.10.2010)
- [41] ALTET M. « Les pédagogies de l'apprentissage » PUF 1998
- Source de l'image de couverture : Instrumentation métal 500 × 252 - 45 ko – jpg gyneas.com (consulté le 1^{er} mars 2011)

ANNEXES

ANNEXE I :

Niveaux de preuve et grades des recommandations selon la Haute Autorité de Santé (HAS).

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 Etudes cas-témoins	C Faible niveau de preuve
Niveau 4 Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas	

ANNEXE II : Outil de l'enquête

I. Formation théorique au sein des écoles

A. Enseignement théorique à propos de l'épisiotomie et de sa réfection :

1. Combien d'heures de cours théorique ont été consacrées à l'épisiotomie, et en quelle année ?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année |
| <input type="checkbox"/> 1 heure | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année |
| <input type="checkbox"/> 2 heures | <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année |
| <input type="checkbox"/> Plus | <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} année |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

(redoublement).....

2. Sous quelle forme était présenté cet enseignement ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Power point | <input type="checkbox"/> Démonstration sur mannequin |
| <input type="checkbox"/> Cours magistral | <input type="checkbox"/> Autres |

Précisez :

- Vidéo

3. Quel professionnel de santé a réalisé cet enseignement ?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme cadre formatrice | <input type="checkbox"/> Obstétricien |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

Précisez :

4. Quelles méthodes vous a-t-on enseigné concernant la pratique de l'épisiotomie ?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médiane | <input type="checkbox"/> Latérale |
| <input type="checkbox"/> Médio-latérale | <input type="checkbox"/> Autre |

Précisez :

5. Quelles méthodes vous a-t-on enseigné concernant la réfection de l'épisiotomie ?

- Suture en 3 plans
 Technique un fil un nœud
 Autre

Précisez :

6. Avez-vous eu un enseignement concernant :

- Les indications d'une épisiotomie
 Le moment où l'épisiotomie doit être effectuée
 Les complications d'une épisiotomie
 Les techniques de suture

7. Selon vous quel est le moment idéal pour pratiquer une épisiotomie ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Présentation en partie moyenne | <input type="checkbox"/> Après le mouvement de restitution |
| <input type="checkbox"/> Présentation en partie basse | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

- Lorsque le périnée s'amplie
- Lors du dégagement de la tête
- Autre

Précisez :

8. Si une épisiotomie est réalisée trop tôt, quelles en sont les conséquences ?

- Saignements abondants
- Je ne sais pas
- Section difficile
- Autre

Précisez :

9. Quelles sont les indications à la pratique d'une épisiotomie ?

- Primiparité
- Extractions instrumentales
- Macrosomie
- Accouchement pathologique
- Lorsque le périnée blanchit
- Périnée court (distance ano-vulvaire < 3cm)
- Mauvais état du périnée
- Je ne sais pas
- Préservation du périnée
- Autre

Précisez :

10. Sur le plan anatomique quels sont les éléments sectionnés ?

- Vagin
- Releveur de l'anus
- Vulve
- Je ne sais pas
- Sphincter anal
- Autre

Précisez :

11. D'après vous, la réalisation d'une épisiotomie entraîne un saignement :

- Minimale
- Entre 200 et 500 ml
- 200 ml
- Je ne sais pas

12. Actuellement quelles sont les recommandations ?

- Pratiquer une épisiotomie systématique
- Pratiquer une épisiotomie sur indications
- Je ne sais pas
- Autre

Précisez :

13. Lors de la réfection, quels sont les types de points possibles pour :

- Le vagin :
- Points séparés
 - Surjet
 - Autre

Précisez :

- Le plan musculaire :
- Points séparés
 - Surjet
 - Points en X
 - Autre

Précisez :

- La peau :
- Points séparés
 - Surjet
 - Surjet intradermique
 - Blaire Donati
 - Autre

Précisez :

14. Quelles peuvent être les complications d'une épisiotomie ?

- Infectieuses
- Douleurs dans le post-partum
- Troubles de la défécation
- Hématomes
- Nécrose
- Dyspareunies
- Je ne sais pas
- Autre

Précisez :

B. Travaux Pratiques :

15. Combien d'heures ont été consacrées à la pratique de l'épisiotomie, et en quelle année ?

- Aucune
- 1 heure
- 2 heures
- Plus
- Autre (redoublement).....
- 1^{ère} année
- 2^{ème} année
- 3^{ème} année
- 4^{ème} année

16. Combien d'heures ont été consacrées à la réfection de l'épisiotomie, et en quelle année ?

- Aucune
- 1 heure
- 2 heures
- Plus
- Autre (redoublement).....
- 1^{ère} année
- 2^{ème} année
- 3^{ème} année
- 4^{ème} année

17. Quel support a été utilisé ?

- Travail sur mannequin
- Vidéo
- Autre

Précisez :

18. Qui a été chargé de cet enseignement ?

- Sage-femme cadre formatrice
- Sage-femme
- Obstétricien
- Interne
- Autre

Précisez :

19. Quelles méthodes vous ont été enseignées :

- Suture en 3 plans :
- Vu
- Fait

- Technique un fil un nœud :
 - Acquis
 - Vu
 - Fait
 - Acquis
- Autre

Précisez :

II. Formation pratique sur les lieux de stage :

20. Combien d'accouchements avez-vous effectué (approximativement) ?

- De 20 à 50
- De 50 à 80
- Plus

Précisez :

21. Combien de semaines de stage avez-vous effectué en salle de naissances depuis le début de votre formation ?

- De 20 à 30
- De 30 à 40
- Plus

22. Combien de gardes effectuez-vous par stage en salle de naissances ?

- < 10
- 10
- Plus :

Précisez.....

A. Pratique de l'épisiotomie :

23. Avez-vous déjà vu pratiquer une épisiotomie ?

- Oui Si oui, par qui :
 - Etudiant sage-femme
 - Sage-femme
 - Obstétricien
 - Interne
- Non

24. Combien d'épisiotomie(s) avez-vous pratiqué depuis le début de votre formation ?

- 0
- 1 à 5
- 5 à 10
- Plus

Précisez :

25. En quelle année avez-vous fait votre 1^{ère} épisiotomie ?

- 1^{ère} année
- 2^{ème} année
- 3^{ème} année
- 4^{ème} année
- Autre (redoublement)

Précisez :

26. Parmi les pratiques d'épisiotomie, quelle était la méthode ?

- Médiane
- Médio-latérale
- Latérale
- Autre

Précisez :

27. Qui a assuré l'encadrement ?

- Sage-femme
- Obstétricien
- Autre

Précisez :

28. Dans quel niveau de maternité pratique-t-on le plus d'épisiotomie selon vous ?

- Niveau I
- Niveau II a
- Niveau II b
- Niveau III

B. Réfection de l'épisiotomie :

29. Avez-vous déjà vu suturer une épisiotomie ?

- Oui Si oui, par qui : Etudiant sage-femme
 - Sage-femme
 - Obstétricien
 - Interne
- Non

30. Combien **d'épisiotomie(s)** avez-vous suturé depuis le début de votre formation ?

- 0
- 1 à 5
- 5 à 10
- Plus

Précisez :

31. En quelle année avez-vous suturé votre 1^{ère} épisiotomie ?

- 1^{ère} année
- 3^{ème} année

- 2^{ème} année 4^{ème} année
 Autre (redoublement)

Précisez :

32. Parmi les réfections d'épisiotomie, quelle était la méthode ?

- Suture en 3 plans
 Technique un fil un nœud
 Autre

Précisez :

33. Combien de **déchirures** avez-vous suturé ?

- 0 5 à 10
 1 à 5 Plus

Précisez :

34. Qui a assuré l'encadrement ?

- Etudiant sage-femme
 Sage-femme
 Obstétricien
 Interne

III. Votre vécu de la formation et auto évaluation des étudiants :

35. Actuellement vous sentez-vous « capable » de pratiquer une épisiotomie aisément ?

- Oui
 Non

Pourquoi :

36. Actuellement vous sentez-vous « capable » de suturer une épisiotomie aisément ?

- Oui
 Non

Pourquoi :

37. Si réponse non à la question 35 et 36 pensez- vous que c'est en lien avec :

- Une formation théorique insuffisante
 Une formation pratique insuffisante
 Une diminution du taux d'épisiotomie
 Un manque de confiance en vous
 Autre

Précisez :

38. A ce jour, vous sentez-vous prêt(e) à faire des sutures seules ?

- Oui

Non

Pourquoi :.....

39. Etes vous satisfait(e) de votre formation théorique sur l'épisiotomie ?

Oui

Non

Pourquoi :.....

40. Etes vous satisfait(e) de votre formation pratique à l'épisiotomie ?

Travaux pratiques : Oui

Non

Pourquoi :.....

En stage : Oui

Non

Pourquoi :.....