



HAL
open science

Risque périnéal et mesures de protection obstétricale : enquête auprès des professionnels de la naissance

C. Bertholdt, J. Poujois, L. Pouypoudat, S. Gisbert, O. Morel

► To cite this version:

C. Bertholdt, J. Poujois, L. Pouypoudat, S. Gisbert, O. Morel. Risque périnéal et mesures de protection obstétricale : enquête auprès des professionnels de la naissance. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Elsevier, 2019, 47 (6), pp.504-509. 10.1016/j.gofs.2019.04.012 . hal-03254903

HAL Id: hal-03254903

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03254903>

Submitted on 25 Oct 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

**Risque périnéal et mesures de protection obstétricale :
enquête auprès des professionnels de la naissance.**

**Perineal risk and obstetrical protection: a survey with birth
professionals**

C.Bertholdt^{1,2}, J.Poujois¹, L.Pouypoudat¹, S.Gisbert¹, O.Morel^{1,2}

¹ Pôle de gynécologie-obstétrique, CHRU de Nancy, 10 rue du Docteur
Heydenreich 54 000 NANCY, France

² INSERM U1254, CHRU Nancy, Rue du Morvan, 54 000 Vandoeuvre-lès-Nancy,
France

Auteur correspondant :

Charline Bertholdt

CHRU de NANCY

10 rue du Docteur Heydenreich, 54 000 NANCY

c.bertholdt@chru-nancy.fr

03.83.34.36.12

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

INTRODUCTION

L'accouchement par voie basse peut s'accompagner de déchirures périnéales avec des degrés de sévérité et de complications variable (1,2). Selon la classification anglo-saxonne, il existe différents degrés de lésions périnéales : le 1^{er} degré correspond à une atteinte cutanée vaginale ou périnéale uniquement. Le 2^{ème} degré correspond à une lésion périnéale incluant les muscles du périnée sans atteinte du sphincter anal. Le 3^{ème} degré correspond à une lésion périnéale atteignant le complexe sphinctérien anal (3a : déchirure affectant moins de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe ; 3b : affectant plus de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe ; 3c : affectant le sphincter anal externe et interne). Enfin le 4^{ème} degré atteint en plus du complexe sphinctérien anal (SAE et SAI) l'épithélium anal (3). C'est cette classification de l'OMS-RCOG qui a été utilisée dans les dernières recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français dans lesquels le terme de LOSA (Lésion Obstétricale du Sphincter Anal), regroupant les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré, a été introduit (3). La fréquence des déchirures périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degré), pouvant être à l'origine d'une altération de la qualité de vie, varie de 0,5 à 2% (4). En cas de déchirure périnéale sévère, il existerait une incontinence anale et urinaire dans 17,1% et 18,9% des cas respectivement, des dyspareunies dans 30,6% des cas dans les 6 mois post-partum et cinq fois plus de douleurs périnéales chroniques (5-7). Les facteurs de risque de déchirures périnéales d'origine obstétricale sont largement étudiés dans la littérature. Les facteurs les plus largement décrits comme étant associés à une augmentation des déchirures

26 périnéales sont l'accouchement instrumental, en particulier en cas d'utilisation
27 de forceps, la prolongation de la 2^{ème} phase du travail, la nulliparité, un âge
28 maternel élevé ou le poids de naissance. Les dégagements en variété postérieure
29 ou encore l'ethnie sont des facteurs décrits comme associés mais discutables
30 (3,8–22).

31

32 Plusieurs techniques ont été proposées afin de prévenir les déchirures
33 périnéales sévères en cas d'accouchement par voie basse dont la réalisation d'un
34 massage périnéal pendant la grossesse et le travail, l'épisiotomie systématique
35 ou le contrôle manuel du dégagement (23,24). La publication récente des
36 recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
37 permet de statuer sur l'intérêt de ces pratiques.

38 Par ailleurs, la formation à la protection périnéale obstétricale des
39 professionnels de la naissance est recommandée pour réduire le risque de
40 survenue de déchirure périnéale sévère au cours d'un accouchement
41 instrumental (25).

42 Les pratiques de protection périnéale des professionnels de la naissance
43 semblent être liées à leur perception, parfois subjective, du risque périnéal. Nous
44 avons souhaité mettre en évidence à l'aide d'un questionnaire, quels étaient les
45 facteurs de risque périnéal identifiés par les praticiens pouvant entraîner une
46 modification de leur pratique.

47 L'objectif principal de notre étude était de réaliser une évaluation des pratiques
48 déclarées par les professionnels de la naissance de la région Lorraine à propos
49 du risque périnéal obstétrical (lésion obstétricale du sphincter anal).

50 L'objectif secondaire était d'évaluer les mesures de prévention réalisées en
51 pratique par les professionnels de la naissance en fonction du risque périnéal
52 subjectivement estimé pour chaque situation obstétricale.

53

54 **MATERIEL ET METHODES**

55

56 Il s'agissait d'une enquête observationnelle réalisée à l'aide d'un questionnaire
57 distribué auprès des professionnels de la naissance (gynécologue-obstétricien,
58 internes, sage-femme, étudiants sage-femme), au format papier, lors du congrès
59 annuel régional de gynécologie-obstétrique en octobre 2016 (environ 350
60 participants). Les réponses étaient anonymes mais il est très peu probable qu'un
61 même praticien ait répondu deux fois au questionnaire. Les différents thèmes
62 abordés dans le questionnaire ont été choisis après une revue de la littérature
63 ayant permis de définir les facteurs significativement associés au risque périnéal,
64 définis par la survenue d'une lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA). A ces
65 critères, nous avons fait le choix d'ajouter le phototype, selon la classification de
66 Fitzpatrick (26), comme facteur de risque périnéal potentiel. A notre
67 connaissance, il n'existe aucun lien rapporté dans la littérature entre le
68 phototype et le risque périnéal mais nous avons fait ce choix car il est fréquent
69 d'entendre les professionnels l'évoquer en tant que facteur de risque (27).

70 Le questionnaire était réparti en trois parties : la première partie concernait les
71 données sociodémographiques des professionnels participant à l'étude et
72 décrivait leur type de profession, leur sexe, leur nombre d'années d'exercice et
73 leur lieu d'exercice (**Figure 1**). La deuxième partie contenait 20 questions à
74 choix multiples sur l'évaluation des risques périnéaux en per partum. Ces
75 questions concernaient le ressenti des professionnels vis-à-vis des facteurs de
76 risque préalablement sélectionnés. La dernière partie évaluait les pratiques de
77 ces professionnels en fonction de leur perception subjective du risque périnéal
78 de leur patiente (risque normal ou augmenté).

79

80 Les données recueillies concernaient : les données sociodémographiques des
81 professionnels de la naissance (profession, sexe, nombre d'années d'exercice,
82 lieu d'exercice), leurs connaissances vis-à-vis des risques périnéaux sous forme
83 de 20 questions à choix multiples (**Figure 2**), la méthode de prévention utilisée
84 selon le risque estimé (Figure 3) , classé en : risque de la population générale et
85 risque élevé, la population générale étant définie comme ne présentant aucun
86 facteur de risque, subjectivement estimé par le praticien, de déchirure périnéale.

87 *Analyse des données*

88 Nous avons comparé les facteurs de risque périnéaux déclarés par les
89 professionnels selon leur profession (médecin, sage-femme) et leur niveau de
90 formation (diplômé, en formation). Nous avons ensuite comparé les mesures de
91 protection du périnée utilisées selon le niveau de risque estimé par les
92 professionnels (Absence de risque vs. Risque périnéal augmenté).

93 L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Stata version 13.0 (Stata
94 Corporation, College Station, TX).

95 L'ensemble des données a été recueilli dans un tableau Excel en vue d'une
96 analyse descriptive. Les résultats sont exprimés sous forme de pourcentage pour
97 chaque modalité de réponse. Pour l'analyse qualitative, il a été utilisé le test du
98 Chi-deux avec un résultat sous forme de p-value. Le seuil de significativité a été
99 fixé à p inférieur à 0,05.

100

101 **RESULTATS**

102 Cent cinq professionnels de la naissance ont répondu au questionnaire : 21
103 gynécologues-obstétriciens (20%), 19 internes de gynécologie-obstétrique
104 (18,1%), 41 Sage-femme (39%) et 24 étudiants sage-femme (22,9%). Les
105 données sociodémographiques des professionnels sont présentées dans le
106 **Tableau 1.**

107 Les réponses des professionnels au questionnaire sont présentées dans le
108 **Tableau 2.** La majorité des professionnels de la naissance, quelle que soit leur
109 profession (diplômés, en formation, sage-femme ou médecin) identifie
110 correctement les facteurs de risque de lésion périnéale : accouchement
111 instrumental, parité, macrosomie fœtale ou présentation de la tête fœtale).

112 Il existe une différence d'opinion entre professionnels et étudiants sur plusieurs
113 facteurs de risques liés aux caractéristiques maternelles tels que l'âge et
114 l'anesthésie péridurale. Le phototype est également déclaré comme étant un
115 facteur de risque périnéal par 85% des professionnels de la naissance, estimant
116 qu'un phototype clair (type 1 et 2) était plus à risque de déchirure périnéale
117 sévère que les autres phototypes.

118 Les manœuvres de protection manuelle du périnée (contrôle manuel du
119 dégagement, massages périnéaux...) étaient déclarées comme efficaces pour 74%
120 (78/105) des professionnels. L'épisiotomie était considérée comme protectrice
121 de lésion obstétricale du sphincter anal pour 27% (28/105) des professionnels
122 de la naissance, quelle que soit la situation obstétricale.

123 Les mesures préventives utilisées sont présentées dans le **tableau 3** en fonction
124 du niveau de risque estimé par les professionnels de la naissance. En cas de
125 risque périnéal perçu comme augmenté par les professionnels, ils déclarent faire

126 plus fréquemment appel à un obstétricien pour l'accouchement et réaliser une
127 épisiotomie. Par ailleurs, 65% des professionnels déclarent nécessaire la
128 réalisation d'une césarienne en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère.
129
130

131 **DISCUSSION**

132

133 Les professionnels de la naissance reconnaissent les situations à risque de
134 survenue de lésion obstétricale du sphincter anal, et adaptent ainsi leur prise en
135 charge au cours de l'accouchement, notamment par la réalisation d'une
136 épisiotomie ou d'une rotation des présentations céphaliques postérieures.
137 Certains facteurs sont identifiés, à tort, comme étant à risque périnéal par les
138 professionnels (tabac, obésité, phototype) ce qui peut conduire à des
139 modifications de leur prise en charge et notamment la réalisation d'une
140 épisiotomie.

141 Cette étude est la première enquête, à notre connaissance, sur les connaissances
142 et les pratiques professionnelles en France en fonction de l'évaluation des
143 risques périnéaux des parturientes. Il semble important de réaliser ce genre
144 d'enquête auprès des praticiens étant donné que les mesures de protection du
145 périnée utilisées sont directement liées à la perception du risque par le
146 professionnel de santé.

147 Il existe cependant un biais de représentativité en raison d'un effectif faible
148 comprenant beaucoup de professionnels en formation. Cela ne reflète pas
149 forcément les pratiques réelles des professionnels, le niveau individuel des
150 étudiants n'étant pas évalué. De plus, l'échantillon n'est pas forcément
151 représentatif puisque seulement 30% des participants au congrès ont répondu
152 au questionnaire et qu'il ne concernait des professionnels que d'une seule région.
153 De plus, certaines définitions n'apparaissaient pas le questionnaire ce qui peut
154 induire des réponses divergentes selon les praticiens. Par exemple, le risque
155 périnéal augmenté n'était pas défini et était laissé à l'appréciation subjective du

156 professionnel.

157 Dans la littérature internationale, on trouve un questionnaire sur les mesures de
158 protection du périnée déclarées être utilisées par les professionnels. Nos
159 résultats sont en accord avec ceux de East et al. Dans leur étude, il apparaît que
160 les sages-femmes déclarent avoir une formation moindre que les médecins à la
161 protection périnéale. Nous n'avons pas évalué cette donnée dans notre travail
162 (28).

163 Les réponses à notre questionnaire concernant le phototype confirment notre
164 hypothèse. En effet, une très grande majorité de participants ont répondu que les
165 phototypes très clairs seraient plus à risque de lésions périnéales alors
166 qu'aucune étude, à notre connaissance, n'a encore évalué le risque de déchirure
167 périnéale associé au phototype. Cette caractéristique maternelle semble donc
168 être un paramètre important pour une grande partie des professionnels de la
169 naissance dans l'estimation du risque périnéal de la parturiente. Cette estimation
170 du risque les conduit probablement à adapter leur pratique dans un but de
171 prévention des lésions périnéales. Concernant les mesures de protection du
172 périnée, les professionnels signalent réaliser une protection manuelle du périnée
173 dans plus de 75% des cas, quel que soit le risque périnéal estimé. Cela est en
174 accord avec les recommandations nationales récentes puisque le contrôle
175 manuel du dégagement avec soutien du périnée postérieur semble diminuer le
176 risque de lésion obstétricale du sphincter anal. L'épisiotomie, quant à elle, n'est
177 plus réalisée à titre systématique. En effet, même si près de 30% des
178 professionnels considèrent que l'épisiotomie est protectrice, seuls 15%
179 déclarent la réaliser et uniquement en cas de risque périnéal perçu comme
180 augmenté. L'appel de l'obstétricien pour réaliser l'accouchement comme mesure

181 de protection périnéale est difficile d'interprétation en l'absence d'information
182 sur les mesures adoptées par les obstétriciens en cas d'appel dans ce contexte. Le
183 nombre de praticien déclarant nécessaire la réalisation d'une césarienne en
184 prévention secondaire (en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère) nous
185 paraît très élevé alors que, depuis les recommandations du CNGOF de 2018, cette
186 pratique n'est plus recommandée avec un niveau de preuve B (3).

187 Cette évaluation montre tout l'intérêt d'avoir consacré un chapitre de
188 recommandations sur la protection du périnée car, même si les facteurs de
189 risque semblent identifiés par les professionnels, les mesures de protection
190 utilisées sont très variées et pas forcément adaptées au risque périnéal réel.

191 Il serait intéressant d'utiliser ce questionnaire à distance de la publication des
192 recommandations afin d'évaluer leur impact sur le changement de perception du
193 risque de déchirure périnéale et des pratiques des professionnels de la
194 naissance. Il existe à ce jour des algorithmes de prédiction du risque mais dont
195 l'efficacité est peu satisfaisante et pour lesquels il serait intéressant d'intégrer les
196 propriétés intrinsèques de la femme pour plus de pertinence.

197 En outre, une étude d'évaluation du risque périnéal selon le phototype de la
198 parturiente pourrait être envisagé afin de vérifier si le ressenti des
199 professionnels est justifié scientifiquement.

200
201
202
203

204 **Tableau 1** : Données sociodémographiques des professionnels de la naissance
 205 interrogés
 206

	Médecin N(%)		Sage-femme N(%)	
	Gynécologue	Interne	Sage-femme	Étudiant
	21 (20)	19 (18.1)	41 (39)	24 (22.9)
Sexe				
• Homme	5(23.8)	5(26.3)	2(4.9)	0
• Femme	16(76.2)	14(73.7)	39(95.1)	24(100)
Nombre d'années d'études	12.25	3	13.3	3.8
Lieu d'exercice				
• Niveau 1	5(23.8)	1(5.3)	2(4.9)	10(41.6)
• Niveau 2	7(33.3)	8(42.1)	29(70.7)	20(83.3)
• Niveau 3	11(52.4)	12(63.1)	8(19.5)	15(62.5)
• Libéral	1(4.8)	1(5.3)	7(17.1)	8(33.3)

207
 208
 209
 210
 211
 212
 213

Tableau 2 Réponses des professionnels de la naissance au questionnaire concernant les facteurs qu'ils considèrent comme à risque périnéal obstétrical, selon la profession (médecin/sage-femme) et selon le niveau de formation (diplômé/en formation).

Caractéristiques	Médecin (N=21)	Interne (N=19)	Sage-femme (SF) (N=41)	Etudiants SF (N=24)	p
Age maternel	11(52.4)	12(63.2)	19(46.3)	21(87.5)	0.007
Parité	20(95.2)	19(100)	34(82.9)	23(95.8)	0.12
Macrosomie fœtale (>4000g)	21(100)	17(89.5)	37(90.2)	24(100)	0.17
Présentation fœtale	21(100)	18(94.7)	41(100)	24(100)	0.18
IMC	16(76.2)	11(57.9)	19(46.3)	23(95.8)	<0.0001
Ethnie	14(66.7)	14(73.7)	33(80.5)	21(87.5)	0.36
Phototype	18(85.7)	15(78.9)	35(85.4)	22(91.7)	0.71
Age gestationnel	16(76.2)	16(84.2)	32(78.0)	21(87.5)	0.74
Tabagisme actif	15(75)	14(73.7)	16(39)	22(91.7)	<0.0001
Anesthésie péridurale	9(42.8)	9(47.4)	26(63.4)	19(79.2)	0.05
Position d'accouchement	16(76.2)	16(84.2)	37(90.2)	23(95.8)	0.23

1 ^{ère} phase travail	3(14.3)	3(15.8)	6(14.6)	8(33.3)	0.29
2 ^{ème} phase travail	15(71.4)	7(36.8)	20(48.8)	17(70.8)	0.05
Extraction instrumentale	21(100)	19(100)	40(97.6)	24(100)	0.66
Antécédent de déchirure au 3 ^{ème} degré	20(95.2)	17(94.7)	41(100)	24(100)	0.19

214
215
216
217

Tableau 3 : Mesures de prévention utilisées par les professionnels de la naissance selon le risque périnéal estimé

	Risque	Médecin N=40	Sage-Femme (N=65)	p
Rotation de la présentation n(%)	Normal	25(62.5)	23(35.4)	0.007
	Augmenté	21(52.5)	27(41.5)	0.27
Vérification échographique n(%)	Normal	23(57.5)	19(29.2)	0.004
	Augmenté	19(47.5)	32(49.2)	0.86
Épisiotomie n(%)	Normal	0(0)	0(0)	NA
	Augmenté	2(5)	13(20)	0.03
Changement de position n(%)	Normal	12(30)	47(72.3)	<0.001
	Augmenté	12(30)	38(58.5)	0.005
Adaptation de la position d'accouchement n(%)	Normal	10(25)	41(63.1)	<0.001
	Augmenté	10(25)	39(60)	<0.001
Diminution de la durée de la 1 ^{ère} phase du travail n(%)	Normal	3(7.5)	4(6.1)	0.54
	Augmenté	3(7.5)	6(9.2)	0.53
Diminution de la durée de la 2 ^{ème}	Normal	7(17.5)	8(12.3)	0.32

phase du travail n(%)				
	Augmenté	11(27.5)	9(13.8)	0.07
Appel de l'obstétricien pour l'accouchement n(%)	Normal	5(12.5)	3(4.6)	0.13
	Augmenté	17(42.5)	17(26.1)	0.08
Manceuvres de protection manuelle n(%)	Normal	33(82.5)	45(69.2)	0.13
	Augmenté	29(72.5)	46(70.7)	0.84

218
219
220
221

222 **REFERENCES**

223

- 224 1. Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction.
225 *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Jun;35(2):169–83, vii.
- 226 2. Lowder JL, Burrows LJ, Krohn MA, Weber AM. Risk factors for primary
227 and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity
228 and prior mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Apr;196(4):344.e1–5.
- 229 3. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C,
230 et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice
231 guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018 Dec 12;
- 232 4. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-
233 Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20
234 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat
235 Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Jul;95(7):746–54.
- 236 5. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of
237 genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth Berkeley Calif.*
238 1999 Mar;26(1):11–7.
- 239 6. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after
240 childbirth. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2002 Feb 5;166(3):326–
241 30.
- 242 7. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum
243 perineal pain and dyspareunia--a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod*
244 *Biol.* 2008 Apr;137(2):152–6.
- 245 8. de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for
246 third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2001

247 Apr;108(4):383–7.

248 9. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for
249 perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*.
250 2013 Mar 7;13:59.

251 10. Vale de Castro Monteiro M, Pereira GMV, Aguiar RAP, Azevedo RL,
252 Correia-Junior MD, Reis ZSN. Risk factors for severe obstetric perineal
253 lacerations. *Int Urogynecology J*. 2016 Jan;27(1):61–7.

254 11. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors
255 for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ*
256 *Int Fed Gynaecol Obstet*. 2014 Apr;125(1):6–14.

257 12. Hamilton EF, Smith S, Yang L, Warrick P, Ciampi A. Third- and fourth-
258 degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. *Am J Obstet*
259 *Gynecol*. 2011 Apr;204(4):309.e1–6.

260 13. Dahlen HG, Ryan M, Homer CSE, Cooke M. An Australian prospective
261 cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth.
262 *Midwifery*. 2007 Jun;23(2):196–203.

263 14. Groutz A, Hasson J, Wengier A, Gold R, Skornick-Rapaport A, Lessing JB, et
264 al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the
265 third millennium. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Apr;204(4):347.e1–4.

266 15. Gossett DR, Deibel P, Lewicky-Gaup C. A case-control study of the
267 relationship between a passive second stage of labor and obstetric anal sphincter
268 injuries. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2016
269 Feb;132(2):188–90.

270 16. Wheeler J, Davis D, Fry M, Brodie P, Homer CSE. Is Asian ethnicity an
271 independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic

272 review of the literature. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2012 Sep;25(3):107–
273 13.

274 17. Hornemann A, Kamischke A, Luedders DW, Beyer DA, Diedrich K,
275 Bohlmann MK. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations
276 during delivery in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Jan;281(1):59–
277 64.

278 18. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébauges O, Levardon M, Deval B. [Is
279 primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during
280 delivery?]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Feb;35(2):101–6.

281 19. Stotland NE, Caughey AB, Breed EM, Escobar GJ. Risk factors and obstetric
282 complications associated with macrosomia. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int*
283 *Fed Gynaecol Obstet*. 2004 Dec;87(3):220–6.

284 20. Durand-Maison O, Mangin-Meyniel M, Tabard F, Bulot P, Cottenet J,
285 Gobenceaux A-S. [Thierry's spatulas or forceps--a comparison between
286 maternal-fetal morbidities]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Jan;44(1):17–22.

287 21. Korb D, Merazka R, Théau A, Goffinet F, Le Ray C. [Maternal effects of
288 prolonged expulsive efforts]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016
289 Feb;45(2):184–91.

290 22. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK.
291 Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet*
292 *Gynecol*. 2014 Jul;124(1):57–67.

293 23. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Kaider A,
294 Husslein P, et al. The effect of epidural analgesia on the occurrence of obstetric
295 lacerations and on the neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery.
296 *Arch Gynecol Obstet*. 2002 Dec;267(2):81–4.

- 297 24. Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W,
298 Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral
299 episiotomy. *Reprod Health*. 2007 Oct 29;4:10.
- 300 25. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C,
301 et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour
302 la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertil*
303 *Sénologie*. 2018 Dec;46(12):893–9.
- 304 26. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I
305 through VI. *Arch Dermatol*. 1988 Jun;124(6):869–71.
- 306 27. Fitzpatrick TB. The Validity and Practicality of Sun-Reactive Skin Types I
307 Through VI. *Arch Dermatol*. 1988 Jun 1;124(6):869.
- 308 28. East CE, Lau R, Biro MA. Midwives' and doctors' perceptions of their
309 preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of
310 labour: a cross-sectional survey. *Midwifery*. 2015 Jan;31(1):122–31.
- 311
- 312
- 313

FIGURES

Figure 1 Questionnaire partie 1 : données socio démographiques des professionnels de la naissance

<p>1 Quelle est votre profession ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Gynécologue-obstétricien <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Interne en gynécologie-obstétrique <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Sage-femme <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Etudiant(e) sage-femme <input type="checkbox"/> <p>2 Êtes-vous un homme ou une femme ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Homme <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Femme <input type="checkbox"/>	<p>3 Depuis combien d'années exercez-vous votre métier / avez-vous commencé vos études ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4 Quel est votre lieu d'exercice ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Maternité de niveau 1 <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Maternité de niveau 2a ou 2b <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Maternité de niveau 3 <input type="checkbox"/><input type="radio"/> Activité libérale <input type="checkbox"/>
---	---

Figure 2 Questionnaire partie 2 : évaluation du risque périnéal en per partum par les professionnels de la naissance

<p>1 Le risque périnéal est-il lié à l'âge maternel ? Oui/ Non</p> <p>2 Le risque périnéal est-il lié à la parité ? Oui/ Non</p> <p>3 Le risque périnéal est-il lié à la macrosomie fœtale ? Oui/ Non</p> <p>4 Le risque périnéal peut-il varier en fonction de la présentation fœtale ? Oui/ Non</p> <p>Si oui, quelles sont la ou les présentation(s)/ variété(s) les plus à risque ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siège complet <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Siège décompleté <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Occipito-pubien <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Occipito-sacrée <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Variété antérieure <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Variété postérieure <input type="checkbox"/> <p>5 Le risque périnéal est-il lié à un indice de masse corporel augmenté ? Oui/ Non</p> <p>6 Le risque périnéal peut-il être lié à l'ethnie ? Oui/ Non</p> <p>7 Quel est selon vous le pourcentage de déchirures supplémentaires que l'on pourrait attribuer à l'ethnie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0% <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 20% <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> > 30% <input type="checkbox"/> <p>8 Le risque périnéal peut-il être influencé par le type ou la couleur de peau ? Oui/ Non</p> <p>Si oui, lesquels (classification de Fitzpatrick) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Phototype I (peau très claire, tâche de rousseur, cheveux blonds ou roux) <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Phototype II (peau très claire, cheveux blonds ou châains, tâche de rousseur au soleil, yeux clairs) <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Phototype III (peau claire, cheveux blonds ou châains, bronze bien) <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Phototype IV (peau mate, cheveux châains ou bruns, yeux foncés) <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Phototype V (peau foncée, yeux foncés) <input type="radio"/> Phototype VI (peau noire) <input type="checkbox"/> <p>9 Quel est selon vous le pourcentage de déchirures supplémentaires que l'on pourrait attribuer à un phototype de peau I ou II ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0% <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 10% <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 20 % <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> > 30% <input type="checkbox"/> 	<p>10 Le risque périnéal peut-il être influencé par l'âge gestationnel ? Oui/ Non</p> <p>11 Le risque périnéal peut-il être influencé par le tabac ? Oui/ Non</p> <p>12 Le risque périnéal peut-il être influencé par le l'anesthésie péridurale (APD) ? Oui/ Non</p> <p>13 Le risque périnéal peut-il être influencé par la position d'accouchement ? Oui/ Non</p> <p>Si oui, quelle(s) position(s) vous semble(nt) à risque ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Décubitus dorsal <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Décubitus latéral <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Debout <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Quatre pattes <input type="checkbox"/> <p>14 Une augmentation du temps de la 1ère phase du travail représente-t-elle un risque périnéal ? Oui/ Non</p> <p>15 Une augmentation du temps de la 2ème phase de travail représente-t-elle un risque périnéal ? Oui/ Non</p> <p>16 Une extraction instrumentale représente-t-elle un risque périnéal ? Oui/ Non</p> <p>17 Les manœuvres de protection manuelle du périnée vous semblent-elles efficaces ? Oui/ Non</p> <p>18 Un antécédent de déchirure au 3ème degré (rupture de la paroi anale avec mise en communication directe du vagin et du rectum) représente-t-il un risque périnéal ? Oui/ Non</p> <p>19 L'épisiotomie vous semble-t-elle protectrice vis à vis des risques périnéaux ? Oui/ Non</p> <p>20 Dans quelle(s) situation(s) estimée(s) à risque feriez-vous une césarienne en 1^{ère} intention ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Macrosomie fœtale <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Antécédent de déchirure du 3^{ème} degré <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Dépassement de terme <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Distance ano-vulvaire courte <input type="checkbox"/>
---	--

Figure 3 Questionnaire partie 3 : évaluation des pratiques des professionnels de la naissance en fonction du risque estimé de déchirure périnéale

	Parmi les propositions suivantes, lesquelles utilisez-vous en pratique pour limiter les risques périnéaux, quel que soit le risque périnéal estimé de la patiente ?	Lesquelles utilisez-vous en pratique pour limiter les risques périnéaux, <u>quand vous considérez la patiente comme à risque périnéal important</u> ?
Rotation intra pelvienne de la présentation		
Vérification échographique de la présentation		
Episiotomie systématique		
Changement de position de la parturiente pendant le travail		
Adaptation de la position d'accouchement		
Diminution du temps de la 1ère phase de travail		
Diminution du temps de la 2ème phase de travail		
Appel rapide de l'obstétricien pendant la phase d'expulsion		
Manœuvres de protections manuelles du périnée (montée des bosses, modération de la présentation céphalique...)		