

2014-2015

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplômé d'Etat de Sage-Femme.
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutique 2^e année (DFASMA2)

Evaluation des techniques de suture d'épissiotomie par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire en 2015

Etude multicentrique descriptive par auto-questionnaire auprès des sages-femmes exerçant dans les maternités publiques des Pays de Loire, du 31.10.2014 au 31.02.2015

Lopez Matthieu

Sous la direction de Madame Rouillard

Soutenu le 27 mai 2015



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **Matthieu Lopez**, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

signé le **15/ 04 / 2015**

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- **Madame Rouillard**, pour ses conseils et le temps passé à m'aider pour la rédaction ce travail.
- **Mesdames les sages-femmes cadres**, de toutes les maternités publiques des Pays de Loire, pour m'avoir permis de réaliser ce travail en diffusant le questionnaire aux sages-femmes de leurs maternités.
- **Les sages-femmes**, qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps en répondant au questionnaire
- **Elise, Anne-Laure, Clément, Dina, Sarah**, qui ont testé mon questionnaire avant qu'il ne soit diffusé aux sages-femmes.
- **Mes parents, mon frère et mes sœurs**, pour leur présence et leur soutien à mes côtés depuis de nombreuses années
- **Ma promo** (parce qu'on est les meilleurs !)
- **Marion**, pour son soutien sans faille !

Glossaire

CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
DPC	Développement Professionnel Continu
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FC	Formation Continue aux techniques de suture
FI	Formation Initiale aux techniques de suture (uniquement)
FI + FC	Formation Initiale et Formation Continue aux techniques de suture
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
HAS	Haute Autorité de Santé
IC95%	Intervalle de Confiance à 95%
NS	Non Significatif ($p > 0,05$)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PdL	Pays de Loire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RR	Risque Relatif
SF2H	Société Française de l'Hygiène Hospitalière

Table des matières

I.	Contexte	7
II.	Matériel et méthode	8
III.	Résultats	9
IV.	Discussion	14
a)	Biais de l'étude	14
b)	Points forts.....	14
c)	Rappel des principaux résultats	14
d)	Lien avec les recommandations actuelles.....	16
e)	Conclusion.....	17
V.	Bibliographie	19
VI.	Annexes	21
I.	Auto-questionnaire (version papier).....	21
VII.	Abstract - Résumé	22

I. Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*) se réfère à une étude de 2007 (1) pour établir qu'une « politique d'épissiotomie restrictive semble apporter un certain nombre de bénéfices par rapport aux politiques d'épissiotomie systématique ». Selon ce travail de recherche, une politique restrictive permettrait de diminuer le risque de lésion du périnée postérieur ($RR^*=0.88$, $IC95\% 0.84 - 0.92$) et de nécessiter moins de sutures du périnée ($RR=0.74$, $IC95\% 0.71 - 0.77$). Un effet d'une politique restrictive de l'épissiotomie était d'accroître le risque de lésion du périnée antérieur ($RR=1.79$, $IC95\% 1.55 - 2.07$).

En 2006 la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO*) émet des recommandations (2) en se référant aux conclusions de 3 importantes études sur la technique de suture du périnée (2000, 2002, 2007) (3)(4)(5). La technique du surjet continu diminue les douleurs dans les 10 premiers jours ($RR=0.76$, $IC95\% =0.66 - 0.88$) (5), moins nécessité de soulagement de la douleur ($RR=0.70$; $IC95\% 0.59 - 0.84$) (5). L'utilisation d'un fil rapidement résorbable diminue également nécessité de soulagement de la douleur dans les 10 jours ($RR=0.83$, $IC95\% 0.76 - 0.90$) (4). Une méta-analyse de la Cochrane (2012) précise que la technique de suture n'a pas d'effet sur la persistance de dyspareunie à 3 mois du post-partum ($RR=0.86$, $IC95\% 0.70 - 1.06$) (5). La technique du surjet continu nécessite moins de matériel de suture, avec l'utilisation d'1 fil de suture en moyenne contre celle de 2 ou 3 fils pour des points séparés ($p<0,0001$) (4).

En 2012, un rapport du Royal College of Midwives (6) se reporte à la méta-analyse de Kettle (5) ainsi qu'à une étude de Valenzuela (7) pour recommander l'utilisation de la technique de suture par surjet continu pour la suture des épissiotomies et des déchirures simples du 2nd degré, et l'utilisation de la technique du surjet intradermique pour la suture de la peau (7).

En 2006, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF*) émet lui aussi plusieurs recommandations. Il préconise des formations théoriques et pratiques sur la prévention du traumatisme périnéal de l'accouchement et sur ses techniques de réparation. Le CNGOF*, recommande la suture par le surjet continu, « sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique », car « il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence » et « il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes » (8).

En France, aucune étude nationale n'a déterminé la fréquence d'utilisation des techniques de suture du périnée par les professionnels pratiquant la suture. Des informations sur la technique de suture utilisée par les sages-femmes pour la suture d'épissiotomie ont été recensées dans des travaux de fin d'étude d'étudiants sages-femmes. Dans ces études (entre 2008 et 2014), le pourcentage d'utilisation de la technique du surjet continu par les sages-femmes est comprise 6,67% et 31,82% (9)(10)(11)(12). Ces études comportaient de faibles effectifs (69 à 239 professionnels interrogés).

En 2010, la Société Française de l'Hygiène Hospitalière (SF2H*), relayée par le CNGOF* (8), a émis des recommandations sur la nécessité de respecter des conditions d'hygiène et d'asepsie strictes lors de la suture du périnée (13). La zone de suture doit bénéficier d'une détersión chirurgicale : antisepsie périnéale, tonte ou ébarbage si besoin. Le professionnel doit procéder à l'habillage chirurgical (avec port de masque et protection oculaire), à la désinfection chirurgicale des mains par friction et à l'utilisation d'une double

paire de gants stériles. Le matériel utilisé pour l'accouchement ne doit pas l'être pour la suture. Un protocole de suture est proposé dans « pratique de l'accouchement » (14) et dans « obstétrique pour le praticien » (15).

Dans les Pays de la Loire en 2013 il y a eu 44279 naissances, dont 36575 accouchements voie basse. Pour cette même période le taux d'épisiotomie était de 19,3% soient 7059 femmes ont eu une épisiotomie (16). Le taux recommandé par le CNGOF est donc respecté (17). La pratique de l'épisiotomie n'est pas systématique, comme le recommande l'OMS (18).

Dans la région des Pays de Loire, les sages-femmes respectent-elles les recommandations concernant la technique de suture de l'épisiotomie faisant suite à un accouchement voie basse ?

L'objectif principal de cette étude multicentrique, descriptive par auto-questionnaires, auprès des sages-femmes exerçant au sein des maternités publiques des Pays de Loire, du 31/10/2014 au 31/02/2015, était de décrire les techniques de suture des épisiotomies utilisées par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire. Les objectifs secondaires étaient de décrire les modalités utilisées pour faire évoluer les pratiques, d'identifier les éventuels besoins de formation, et d'interroger les professionnels sur l'organisation chirurgicale de la suture d'une épisiotomie.

II. Matériel et méthode

La population cible était les sages-femmes qui exerçaient dans les maternités publiques de France et effectuant au minimum une garde par an en salle de naissance. Au 1^{er} janvier 2014, 11452 sages-femmes exerçaient en structure hospitalière, quel qu'en soit le type (19). Il est difficile d'estimer la proportion de ces sages-femmes effectuant au moins une garde en salle de naissance par an du fait de la possibilité de mobilité dans les différents services de la maternité.

La population source était de 430 sages-femmes sollicitées par auto-questionnaire. Les données concernant les effectifs ont été fournies par les sages-femmes cadres des services de 16 maternités publiques des Pays de Loire. Parmi ces maternités, 3 étaient de type 3 (2 CHU*), 6 étaient de type 2 (3 type 2A et 3 type 2B) et 7 étaient de type 1.

Critères d'inclusion : sage-femme exerçant dans une maternité publique des Pays de Loire et effectuant un minimum de 1 garde en salle de naissance par an.

Critères d'exclusion : questionnaire incomplet ; réponses tardives au-delà du 31/02/2015.

Le critère de jugement principal était de décrire les techniques de suture principales et alternatives des sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire. Les critères de jugement secondaires étaient de décrire les modalités de formation initiale, et de décrire les modalités de formation des sages-femmes pour faire évoluer leurs pratiques.

Dans chaque centre hospitalier, l'accord de la cadre de salle de naissance ou de la cadre supérieure a été obtenu. Cet accord a été reçu par email ou par téléphone. La participation à l'étude était basée sur le

volontariat des sages-femmes. Les questionnaires ont été adressés par mailing. A partir du 30/11/2014, des emails ont été transmis aux cadres de service de salle de naissance, contenant le synopsis (présentation du travail de recherche), une notice sur la démarche à suivre pour transmettre le lien du questionnaire, et un lien vers l'auto-questionnaire en ligne (Google Forms®, <https://docs.google.com/forms>). Des rappels à ces emails ont été effectués en décembre 2014. Toutes les cadres ont été jointes par téléphone. Elles ont transmis les questionnaires aux sages-femmes, en utilisant soit une adresse email professionnelle collective ou individuelle, soit une adresse email personnelle. Nous n'avons pas recueilli les adresses emails des sages-femmes.

L'auto-questionnaire était composé de 70 questions dont les réponses étaient codées sous format numérique, alphabétique, binaire ou à choix multiples. Il se divisait en 8 parties : caractéristiques de la population, formation initiale, formation continue, connaissances théoriques, technique de suture principale, technique de suture alternative, organisation du soin, matériel à disposition.

Les données enregistrées suite à la réponse au questionnaire étaient automatiquement classées dans un tableur Excel® en ligne (<https://docs.google.com/spreadsheets>). Elles étaient ensuite transférées dans le logiciel Epidata® v3.1. Un contrôle des données a été effectué lors de l'intégration dans le logiciel Epidata®. L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel Epidata Analysis® V2.2.2.182.

Les résultats sont exprimés en valeur absolue et en pourcentage. Pour comparer les données qualitatives de deux groupes le test de Chi² a été utilisé pour un effectif supérieur à 5 ; le test de Fisher exact pour des effectifs inférieurs à 5. Le risque α de première espèce a été retenu à 95% soit une valeur de p inférieure à 0,05.

III. Résultats

Flow chart de l'évaluation des techniques de sutures par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire.

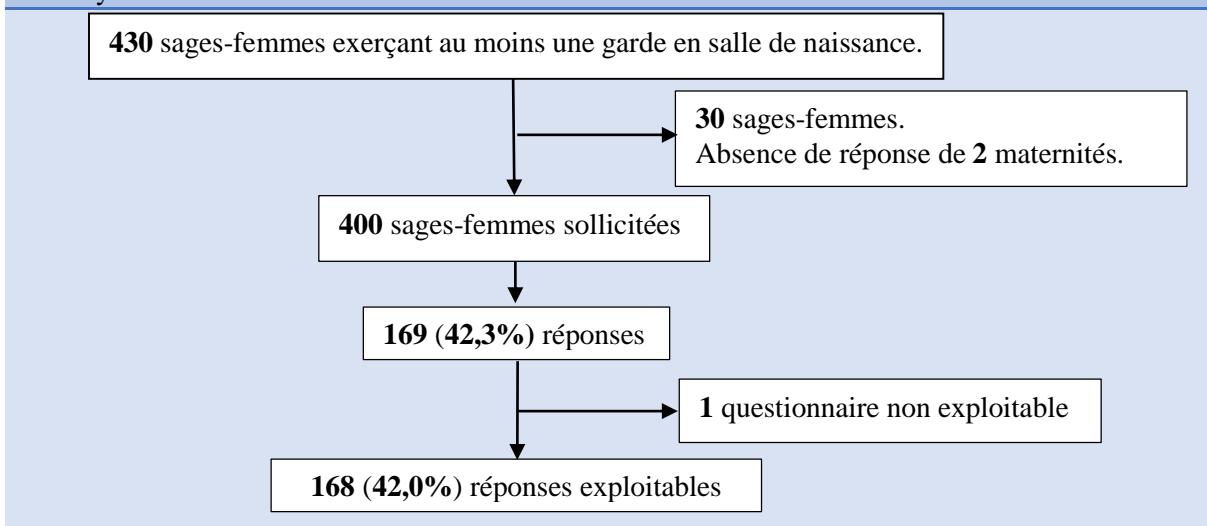


Figure 1 – Flow Chart des effectifs : nombre de sages-femmes ayant répondu à l'auto-questionnaire, recrutées pour l'étude.

Caractéristiques de population (n=168)				
Age au 1 janvier 2015 (n=168)				
20-29 ans	58 (34,5%)			
30-39 ans	75 (44,6%)			
40-49 ans	27 (16,1%)			
50-59 ans	7 (4,2%)			
60-69 ans	1 (0,6%)			
Age moyen en années	34 [32,9-35,3]			
Sexe (n=168)				
Homme	7 (4,2%)			
Femme	161 (95,8%)			
Durée d'exercice en salle de naissance (n=168)				
0-5 ans	49 (29,2%)			
> 5 – 10 ans	60 (35,7%)			
> 10 ans	59 (35,1%)			
Ecole de formation initiale (n=168)				
France	165 (98,2%)			
Pays de Loire	103 (61,3%)			
Grand Ouest (hors PdL*)	27 (16,1%)			
Ile de France	9 (5,4%)			
Autre	26 (15,5%)			
Etranger (Belgique)	3 (1,8%)			
Maternité actuelle d'exercice (n=168)				
Loire-Atlantique (n=120)	44 (26,2%)			
Maine-et-Loire (n=98)	60 (35,7%)			
Mayenne (n=53)	17 (10,1%)			
Sarthe (n=64)	26 (15,5%)			
Vendée (n=65)	21 (12,5%)			
Connaissances théoriques (n=168)				
Taux d'épisiotomie recommandé		FI* (n=94)	FI+FC* (n=74)	
Par le CNGOF	9 (5,4%)	4 (2,4%)	5 (3,0%)	NS*
Par l'OMS	29 (17,3%)	18 (10,7%)	11 (6,5%)	NS*
Taux d'épisiotomie				
Du service	58 (34,5%)			
Personnel	58 (34,5%)			
Souhait connaissance du taux personnel d'épisiotomie			132 (78,6%)	
Taux personnel d'épisiotomie estimé par les sages-femmes			15,66% (moyenne)	

Figure 2 - Caractéristiques de la population : description des caractéristiques des sages-femmes ayant répondu au questionnaire, selon différents paramètres.

Comparaison des techniques de suture principale et alternative			
Technique de suture	Principale (n=168)	Alternative (n=106)	
Surjet continu	28 (16,7%)	27 (25,5%)	
3 plans séparés	140 (83,3%)	79 (74,5%)	p=0,02
Vagin			
Surjet	131 (93,6%)	65 (82,3%)	
Points séparés	9 (6,4%)	14 (17,7%)	p < 0,01
Muscle			
Points séparés	90 (64,3%)	37 (47,4%)	
Points en X	39 (27,9%)	38 (48,7%)	p < 0,01
Surjet	11 (7,9%)	3 (3,9%)	
Peau			
Points séparés	73 (52,2%)	39 (49,4%)	
Surjet intradermique	30 (21,4%)	26 (32,9%)	
Points de Blair-Donati	22 (15,7%)	5 (6,3%)	NS*
Surjet simple	15 (10,7%)	7 (8,9%)	

Formation		Technique principale + Technique alternative		
		FI* (n=94)	FI+FC* (n=74)	p=0,01
Technique de suture principale (n=168)		FI* pratique (56,0%, n=94)	52 (55,3%) 54 (73,0%)	
Surjet continu		9 (9,6%)	19 (25,7%)	
3 plans séparés		85 (90,4%)	55 (74,3%)	p < 0,01
Vagin	Surjet	83 (97,6%)	48 (87,3%)	
Muscle	Points séparés	2 (2,4%)	7 (12,7%)	p=0,02
Points en X		56 (65,9%)	34 (61,8%)	
Surjet		24 (28,2%)	15 (27,3%)	NS*
Peau	Points séparés	5 (5,9%)	6 (10,9%)	
Surjet intradermique		48 (56,5%)	25 (45,4%)	
Points de Blair-Donati		15 (17,6%)	15 (27,3%)	
Surjet simple		13 (15,3%)	9 (16,4%)	NS*
		9 (10,6%)	6 (10,9%)	
Indications d'utilisation de la technique de suture alternative (n=106)		(multiples réponses possibles)		
Qualité des tissus périnéaux			79 (74,5%)	
Situation d'urgence et rapidité de suture par la technique alternative			37 (34,9%)	
Dimension de l'épissiotomie			32 (30,2%)	
Nécessité de temps pour réaliser la technique de suture alternative			31 (29,2%)	
Matériel à disposition (nécessité de matériel spécifique)			2 (1,9%)	
Matériel de suture utilisé (n=168)				
Diamètre (n=168)	1	1.0	2.0	3.0
Vagin	2 (1,2%)	23 (13,7%)	143 (85,1%)	-
Muscle	18 (10,7%)	113 (67,3%)	37 (22,0%)	-
Peau	-	12 (7,1%)	37 (22,0%)	119 (70,8%)
Pointe (n=168)				
Triangulaire		104 (61,9%)		
Arrondie		64 (38,1%)		
Forme (n=168)				
Courbe		165 (98,2%)		
Résorption (n=168)				
Rapide		154 (91,7%)		
Lente		13 (7,7%)		

Figure 3 – Analyse de la technique de suture principale et de la technique de suture alternative. Comparaison de la technique de suture utilisée en fonction de la formation initiale et continue. Indication d'utilisation d'une technique de suture alternative. Type de matériel utilisé pour la suture.

56,0% (n=94) des sages-femmes ont reçu une formation initiale pratique aux techniques de suture. 44,0% (n=74) ont reçu une formation initiale et une formation continue pratique aux techniques de suture. 1 sage-femme suturait de façon alternative le muscle par des points séparés et des points en X. 100% des sages-femmes utilisaient le fil de diamètre 2.0 pour suturer par la technique du surjet continu dite 1 fil 1 nœud, que ce soit pour la technique alternative ou la technique principale. Concernant la technique de suture alternative, il n'a pas été trouvé de différence significative entre les techniques de sutures utilisées par les sages-femmes ayant suivi une formation initiale et celles ayant suivi une formation initiale complétée d'une formation continue aux techniques de suture (formations pratiques et théoriques).

Comparaison des techniques de sutures selon la formation					
Formation (n=168)	FI* (n=168)		FC* (n=74)		
Formation pratique et théorique	158 (94,0%)			49 (66,0%)	
Technique de suture					
Surjet continu (1 fil 1 nœud)	18 (11,4%)		27 (52,9%)		
Surjet	114 (72,2%)		19 (37,3%)		
Points séparés	143 (90,5%)		15 (29,4%)		p < 0,01
Surjet intradermique	40 (25,3%)		15 (29,4%)		
Points de Blair-Donati	105 (66,5%)		8 (15,7%)		
Type de support pour l'apprentissage pratique (n=163)					
Matériel inerte	96 (58,9%)				
Matériel simulant la réalité	67 (41,1%)				
Formation initiale et durée d'exercice (n=168)					
	Surjet continu	Surjet	Points séparés	Surjet intradermique	Points de Blair-Donati
0-5 ans (n=47)	13 (27,7%)	44 (93,6%)	47 (100,0%)	25 (53,2%)	28 (59,5%)
5-10 ans (n=60)	12 (20,0%)	53 (88,3%)	57 (95,0%)	27 (45,0%)	46 (76,7%)
>10 ans (n=55)	6 (10,9%)	30 (54,5%)	48 (87,3%)	14 (25,5%)	38 (69,1%)
Contexte de formation continue (n=79)					
Formation non institutionnelle			58 (73,4%)		
Formation par les pairs			46 (58,2%)		
Formation collective*			8 (10,1%)		
Formation individuelle*			4 (5,1%)		
Formation institutionnelle			21 (26,5%)		
Développement Professionnel Continu			11 (13,9%)		
Plan de formation de service			10 (12,6%)		
Statut du formateur (n=64)					
Médecin	44 (68,8%)				
Sage-femme	18 (28,1%)				
Représentant de laboratoire	2 (3,1%)				
Accès à la formation continue selon le lieu d'exercice (n=168)					
Type 1 (n=36)	21 (58,3%)				
Type 2 (n=45)	14 (31,1%)				p=0,04
Type 3 (n=87)	39 (44,8%)				
Centre Hospitalier (n=105)	47 (44,8%)				
Centre Hospitalier Universitaire (n=63)	27 (42,8%)				NS*
Loire-Atlantique (n=44)	14 (31,8%)				
Vendée (n=21)	14 (66,7%)				
Maine-et-Loire (n=60)	24 (40,0%)				NS*
Sarthe (n=26)	12 (46,2%)				
Mayenne (n=17)	10 (58,8%)				

Figure 4 – Analyse et comparaison de la formation initiale et de la formation continue selon les techniques apprises. Analyse du cadre de la formation continue. Comparaison de l'accès à la formation continue selon le lieu d'exercice (type de maternité, type de centre hospitalier, département d'exercice).

*cadre de la formation collective : dispensée par un laboratoire, cadre associatif, réseau de santé.

*cadre de la formation individuelle : apprentissage par une vidéo, par la lecture d'une documentation spécialisée.

4 sages-femmes (2,4%) ont déclaré n'avoir pas reçu de formation initiale aux techniques de sutures.

Pour 4 sages-femmes (2,4%), la formation initiale a été exclusivement pratique et pour 2 sages-femmes (1,2%), elle a été exclusivement théorique. La formation continue, elle a été uniquement pratique pour 13 sages-femmes (7,7%), et uniquement théorique pour 12 (7,1%) d'entre elles.

En formation initiale, 6 sages-femmes (3,8%) ont été formées à utiliser l'aiguille de Reverdin et 1 sage-femme en formation continue (2,0%).

La formation continue collective était dispensée par un laboratoire pour 6 sages-femmes (7,4%), intégrée dans un cadre associatif pour 1 sage-femme (1,2%), ou dispensée par un réseau de santé pour 1 sage-femme (1,2%). La formation continue individuelle était effectuée en regardant une vidéo pour 3 sages-femmes (3,7%) ou en lisant une documentation spécialisée, pour 1 sage-femme (1,2%).

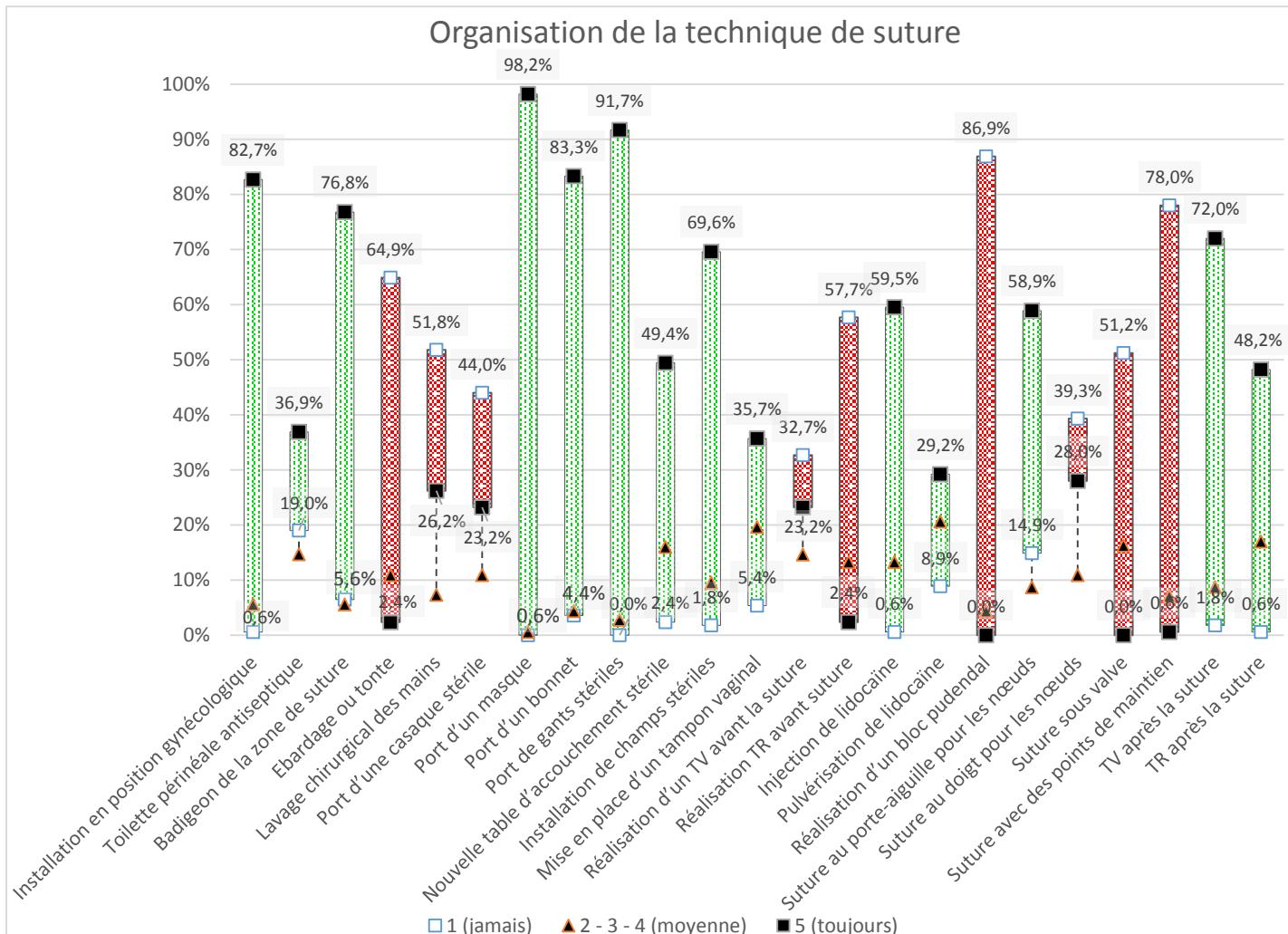


Figure 5 – Organisation des sages-femmes pour la suture. Fréquence de réalisation des gestes. En vert : technique effectuée en majorité. En rouge : technique non effectuée en majorité.

Dans plus de 98,8% des maternités, le matériel strictement nécessaire pour effectuer une suture était présent : une pince porte aiguille, une paire de ciseaux, un fil de suture 2.0 de résorption rapide. Par ailleurs différents types de pinces étaient à disposition, notamment les pinces de Kelly (type Kocher), ou des pinces à griffes dans plus de 63,7% des cas. La lidocaïne injectable ou en spray est utilisée pour plus de 90,5% des sages-femmes, ainsi que le matériel nécessaire à l'injection (aiguille d'injection intramusculaire et seringue). Les champs stériles sont disponibles dans plus de 96,4% des cas. Dans plus de 95,8% des maternités, les fils de diamètre 0, 1.0, 2.0 et 3.0 étaient à disposition. Dans près de 99% des maternités, les aiguilles courbes étaient disponibles. Les aiguilles de pointe triangulaire étaient présentes dans 86,3% des maternités, et les aiguilles de pointe arrondie dans 61,3% des maternités.

IV. Discussion

a) Biais de l'étude

Le pourcentage de réponse au questionnaire n'est pas assez équilibré pour les différents départements : les sages-femmes du Maine et Loire ont été plus nombreuses à répondre que les autres sages-femmes, et nous observons qu'il y a eu un faible taux de réponse des sages-femmes de la Mayenne.

Pour analyser l'influence de la formation continue aux techniques de sutures sur la méthode employée par les sages-femmes, il aurait été pertinent d'avoir recours à une étude cas-témoin, afin de comparer les techniques de sutures employées par les sages-femmes avant et après une formation aux techniques de sutures et ainsi de pouvoir évaluer un lien de causalité. Pour cette étude, il a été choisi de comparer une population de sages-femmes qui n'a pas suivi une formation continue aux techniques de sutures à une population qui a bénéficié d'une formation continue aux techniques de sutures (partant de l'hypothèse que les techniques utilisées par les sages-femmes avant qu'elles n'aient eu une formation continue étaient similaires aux techniques employées par les sages-femmes n'ayant eu qu'une formation initiale).

L'analyse du temps, du contenu et de la composante pratique et/ou théorique de la formation continue est rendue difficile par ses multiples modalités. Sous le terme de formation continue il existe de nombreuses modalités pédagogiques. Certains paramètres n'ont pas pu être interprétés comme notamment la durée de formation continue.

L'analyse du matériel à disposition, les résultats montrent que des sages-femmes travaillant dans une même maternité n'ont pas strictement le même matériel à disposition. Nous pouvons donc nous questionner sur la fiabilité de cette réponse. Par ailleurs, il aurait été judicieux de demander aux sages-femmes quel matériel jugeaient-elles utile d'avoir pour effectuer une suture.

b) Points forts

Le taux de réponse de 42,0% permet de décrire assez précisément les techniques utilisées par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire.

Par ailleurs, dans notre étude, les classes de durée d'exercice 0-5 ans, 5-10 ans et >10 ans étaient pratiquement représentées à part égale.

c) Rappel des principaux résultats

L'objectif principal était de décrire les techniques de suture des épisiotomies par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire. Les objectifs secondaires étaient de décrire les modalités utilisées pour faire évoluer les pratiques, d'identifier les éventuels besoins de formation, et d'interroger les professionnels sur l'organisation chirurgicale de la suture d'une épisiotomie.

La technique de suture en 3 plans séparés est la technique majoritairement utilisée, qu'il s'agisse de la technique de suture principale ou alternative. La technique du surjet continu est utilisée dans 16,7% des sutures quand il s'agit de la technique de suture principale, et dans 25,5% des sutures s'il s'agit de la technique de suture alternative. La formation continue semble influencer la technique de suture. Nous observons le plus souvent une technique de suture alternative chez les sages-femmes ayant suivi une

formation continue aux techniques de suture (73,0% contre 55,3%). L'utilisation de la technique du surjet continu est plus importante chez les sages-femmes ayant suivi une formation continue aux techniques de suture. La formation continue ne semble pas influencer la technique de suture des autres plans tissulaires, qu'il s'agisse de la technique de suture principale ou alternative, excepté pour la suture du vagin lorsqu'il s'agit de la technique de suture principale. Dans ce cas, le surjet est utilisé à 87,3% pour les sages-femmes ayant reçu une formation continue contre 97,6% pour celles n'en ayant pas reçue. Ceci constitue un résultat paradoxal étant donné que la formation continue semble augmenter le recours à la technique de suture par le surjet, excepté dans cette situation.

Dans notre étude, 97,6% des sages-femmes ont reçu une formation initiale aux techniques de suture. 44,0% des sages-femmes ont reçu une formation continue aux techniques de suture. Le cadre de la formation continue n'est pas institutionnel dans 73,4% des cas. La formation continue était assurée par les pairs dans 58,2% des cas et était intégrée au cadre du développement professionnel continu (DPC*) dans seulement 13,6% des cas. Les sages-femmes se forment par leurs propres moyens dans 5,1% des cas (documentation spécialisée, apprentissage par des vidéos).

Les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire sont peu informées des recommandations du CNGOF* et de l'OMS* concernant le taux maximal d'épissiotomie recommandé (respectivement connus par 5,4% et 17,3% des sages-femmes). La majorité des sages-femmes ne connaît pas son taux personnel d'épissiotomie. Elles estiment faire une épissiotomie pour 15,66% des accouchements. Ce chiffre semble cohérent avec les chiffres des taux d'épissiotomie des maternités des Pays de Loire recensés par le Réseau Sécurité Naissance de 2006 à 2013 (16). Par ailleurs, une épissiotomie est plus facilement faite lors des extractions instrumentales ou pour des manœuvres obstétricales, qui sont effectuées par les médecins. Nous n'avons pas le pourcentage d'épissiotomie spécifique des sages-femmes, mais il doit être moins important que le taux annoncé par le Réseau Sécurité Naissance.

Les règles d'hygiène et d'asepsie mises en œuvre lors de la suture, basées sur les recommandations de la SF2H* notamment, ne sont pas respectées. La patiente est le plus souvent installée en position gynécologique (toujours pour 82,7% des cas). Un badigeon de la zone de suture est effectué, cependant, il devrait faire suite à une toilette périnéale avec solution antiseptique, ce qui n'est pas systématique (toujours dans 36,9% des cas). Le lavage des mains n'est pas chirurgical (avec une brosse) dans plus de la moitié des sutures (jamais dans 51,8% des cas). L'opérateur ne porte jamais un habillage stérile complet pour la suture. La casaque n'est portée à chaque fois que dans 23% des sutures. Le masque est porté par 98% des sages-femmes, tout comme les gants stériles, qui sont changés après l'accouchement dans 92% des cas. Le port de 2 paires de gants est recommandé pour limiter le risque de perforation de ceux-ci (21)(22). Le bonnet est porté pour environ 80% des sutures. La table d'accouchement n'est systématiquement refaite que dans la moitié des cas (toujours dans 49,4% des cas). En revanche les champs stériles sont installés dans 69,6% des cas. En l'absence d'anesthésie périphérique, les sages-femmes ont principalement recours à l'injection de lidocaïne (toujours dans 59,2% des sages-femmes). Les sages-femmes effectuent les noeuds principalement avec le porte-aiguille (toujours pour 58,9% d'entre elles). Un toucher vaginal est effectué en systématique

après la suture dans 70% des sutures, et un toucher rectal n'est pas effectué après chaque suture que par 48,2% des sages-femmes.

Le matériel à disposition lors de la suture ne semble pas être un facteur limitant du choix d'une technique de suture. Le matériel strictement nécessaire est présent à plus 98,8% dans les maternités. Le fil utilisé est adapté au tissu suturé dans la majorité des sutures. La résorption du fil utilisé est conforme aux recommandations par 99,4% des professionnels. La pointe des aiguilles utilisées est principalement de forme triangulaire, ce qui est recommandé pour la suture de la peau, et sont reconnues plus perforantes. La pointe arrondie est reconnue pour être moins traumatisante pour les tissus (20). Il aurait été pertinent de savoir si le fil de longueur adapté à la suture par la technique 1 fil 1 nœud, soit un fil de diamètre 2.0 de longueur 90 cm, était présent dans toutes les maternités.

d) Lien avec les recommandations actuelles

La formation initiale des sages-femmes, l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme précise qu'à l'issue de la formation, l'étudiant est compétent pour réaliser le diagnostic des lésions périnéales et des plaies vaginales et pratiquer la suture de ces lésions sous anesthésie locale, lorsque celles-ci ne sont pas compliquées (23). L'article R4127-304 établit que la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu (24)(25). Les sages-femmes ont une obligation annuelle de DPC*(26). Dans cette étude 44,0% des sages-femmes ont bénéficié de la formation continue pour se former aux techniques de sutures, et parmi elles seulement 13,6% ont eu cette formation dans le cadre du DPC*. Le principal inconvénient du DPC* réside dans son coût pour l'établissement. Pour se former, les sages-femmes ont donc recours à la formation par les pairs dans 56,8% des cas. Ces résultats sont encourageants : la proportion des sages-femmes qui font évoluer leur pratique en matière de suture est assez importante. Les résultats semblent confirmer que les techniques apprises et ensuite mises en œuvre sont conformes aux recommandations des sociétés savantes. En effet, une utilisation plus importante du surjet continu est décrite, bien que cette proportion reste faible.

La faible utilisation de la technique du surjet continu peut s'expliquer par le fait que cette technique soit encore peu enseignée en formation initiale (11,4%, pas de différence significative selon l'année du diplôme). La proportion de sages-femmes formées à la technique du surjet continu augmente légèrement entre les classes de durée d'exercice 0-5 ans, plus de 5 ans et plus de 10 ans (respectivement 27,7%, 20,0%, 10,9%, avec résultat s'approchant de la significativité : $p=0,09$). Pour appliquer les recommandations du CNGOF*, il faudrait que cette technique soit enseignée systématiquement dans toutes les écoles de sages-femmes. Cependant pour qu'une technique soit enseignée, il faut qu'elle soit maîtrisée en théorie et en pratique par le formateur lui-même. Il semble probable les techniques enseignées soient les techniques maîtrisées, qui ne sont pas obligatoirement celles qui font l'objet de recommandations. La formation pratique et théorique aux techniques de sutures devrait être assurée par un professionnel formé aux techniques de sutures recommandées.

Les étudiants sages-femmes mettent en pratique les techniques apprises lors de la formation initiale lors des stages qui composent leurs études. La base de l'apprentissage clinique en stage est le tutorat des étudiants sages-femmes par les cliniciens. Peu de sages-femmes suturent par la technique du surjet continu, de ce fait, peu d'étudiants peuvent apprendre les techniques de sutures par le surjet continu lors des stages. Il serait pertinent que les médecins ou internes formés aux techniques recommandées encadrent les étudiants sages-femmes et les sages-femmes qui le souhaitent.

e) Conclusion

Une réponse à apporter pour que les recommandations sur les techniques de sutures soient appliquées est double :

- Formation initiale

La formation pratique et théorique aux techniques de sutures doit être assurée par des professionnels formés aux techniques recommandées. En stage, il faut que les sages-femmes exerçant en salle de naissance puissent accéder à des formations afin d'encadrer et former les étudiants à la pratique des sutures d'épissiotomie selon les techniques recommandées.

- Formation continue

Il semble que les professionnels aient assez facilement recours à la formation par les pairs pour perfectionner leurs pratiques, cependant cette modalité de formation n'est pas intégrée dans le cadre formel du DPC* reconnu par l'HAS* (26). La formation n'est donc pas diplômante et ne s'intègre pas dans l'obligation annuelle de DPC*. Il serait intéressant d'utiliser comme bras de levier cette facilité qu'ont les professionnels de santé à se former entre eux et de l'intégrer dans un système basé sur les modalités recommandées par l'HAS*. Ces modalités reprennent un schéma précis : formation, puis analyse des pratiques professionnelles puis temps d'acquisition, de perfectionnement des connaissances et des compétences avec une partie théorique et une partie pratique. Dans cette étude, 78,6% des sages-femmes souhaitent connaître leur taux personnel d'épissiotomie. Il serait intéressant que les sages-femmes aient accès leur taux d'épissiotomie personnel. Cette forte demande des sages-femmes s'inscrit dans une démarche de perfectionnement des pratiques et pourrait s'inscrire dans une politique de gestion des risques d'un service, sous la forme d'une EPP* (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

Pour faire évoluer les pratiques, plusieurs solutions concrètes sont à envisager.

- Mettre en place des indicateurs de qualité dans les services. Ces indicateurs seraient mis en lien avec les recommandations existantes. Le taux d'épissiotomie mensuel du service, et celui des professionnels pourrait être accessible. La technique de suture du périnée doit être retenue comme indicateur et notée dans le dossier obstétrical. La mise en place d'un codage PMSI* sur la technique de suture pourrait être pertinente. Ces indicateurs seraient nuancés par d'autres indicateurs : extractions instrumentales (non réalisées par les sages-femmes), accouchements prématurée, périnée cicatriciel, mutilations sexuelles féminines.
- Effectuer un relevé initial de ces indicateurs.

- Mise en place d'une EPP* :
 - Analyse des pratiques professionnelles avant la formation
 - Formation en 3 temps :
 - formation théorique aux techniques recommandées
 - formation pratique sur un matériel simulant la réalité
 - formation pratique en situation réelle avec encadrement : formation par les pairs
 - Analyse des pratiques professionnelles à distance de la formation
- Permettre aux professionnels d'avoir le matériel nécessaire à disposition (fil 2.0 de 90 cm nécessaire pour la suture par le surjet continu).
- Une certification à la maîtrise de la suture par la technique du surjet continu pourrait être délivrée aux professionnels ayant validé un certain nombre de sutures par le surjet continu. Cette certification leur permettrait d'encadrer leurs collègues médecins, internes, sages-femmes ou encore les étudiants sages-femmes.
- Mettre en place le tutorat des professionnels et des étudiants par les professionnels.

V. Bibliographie

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 4 avr 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
2. Bartscht KD, DeLancey JO. Episiotomy. Glob Libr Womens Med [Internet]. 2009 [cité 24 mars 2015]; Disponible sur: http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=128
3. Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000947.
4. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet. 29 juin 2002;359(9325):2217-23.
5. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD000947.
6. Royal College of Midwives. Suturing the Périnéum - Evidence Based Guidelines for midwifery-led care in labour [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Suturing%20the%20Perineum.pdf>
7. Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, Azorín R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2009;116(3):436-41.
8. Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2006;35, Supplement 1:40-51.
9. Nicolle C. Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie au CHU d'Angers. Etude prospective réalisée sur 231 patientes au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. [Mémoire]. [Angers]: Université d'Angers; 2012.
10. Caumeil E, Godon P. La suture un fil un noeud: faisons le point. Montpellier, France; 2012.
11. Esnault C. Evaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes [Internet]. 2014. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1069463/filename/Esnault_Clara.pdf
12. Vasquez M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies [Internet]. 2008. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2008_VAZQUEZ_MARIE.pdf
13. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins [Internet]. 2010. Disponible sur: http://sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf
14. Lansac J, Descamps P, Oury J-F, Andiet E., Bertrand J, Blanchet G, et al. Pratique de l'accouchement. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
15. Lansac J, Magnin G, Sentilhes L, Soutoul J-H, Péron A. Obstétrique pour le praticien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
16. Réseau Sécurité Naissance. Activités déclarées dans le domaine de l'obstétrique. Données statistiques du Réseau Sécurité Naissance de 2005 à 2013. Délivrées par Monsieur Branger. 2014.

17. Episiotomie : Texte des recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2006;35, Supplement 1:77-80.
18. Liljestrand J. Liljestrand J. Épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse : Commentaire de la BSG (dernière révision : 20 October 2003). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé. [Internet]. [www.who.int](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/fr/). [cité 6 déc 2014]. Disponible sur: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/fr/
19. Ordre des sages-femmes - Conseil National Effectif et Mode d'exercice au 01/01/2014 [Internet]. [cité 24 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/effectif_et_mode_dexercice_au_01012014/index.htm
20. ETHICON.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: <http://fr.tbr-implants.com/wp-content/uploads/ETHICON.pdf>
21. Surgical Glove Perforation in Obstetrics. : Obstetrics & Gynecology [Internet]. LWW. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1991/04000/Surgical_Glove_Perforation_in_Obstetrics_7.aspx
22. Cohn GM, Seifer DB. Blood exposure in single versus double gloving during pelvic surgery. Am J Obstet Gynecol. mars 1990;162(3):715-7.
23. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
24. Code de la santé publique - Article R4127-304. Code de la santé publique.
25. Code de la santé publique - Article L4153-1. Code de la santé publique.
26. liste_methodes_modalites_dpc_janvier_2015.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
27. liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

VI. Annexes

1. Auto-questionnaire (version papier)

Evaluation des techniques de suture d'épissiotornie par les sages-femmes des maternités publiques du RSN des Pays de la Loire, en 2014

Mémoire de 5^e année de sage-femme de Matthieu Lopez - CHU Angers

*Obligatoire

Caractéristiques

Formation initiale : techniques de sutures abordées

8. En théorie

Plusieurs réponses possibles.

1. **Sexe***
Une seule réponse possible.
- Homme
 Femme
2. **Date de naissance***
Exemple : 15 décembre 2012
3. **Lieu de formation initiale***
CHU
4. **Année d'obtention du diplôme***
5. **Niveau d'expérience***
(fonction du nombre d'années de travail en salle de naissance estimé)
Une seule réponse possible.
- 0 à 5 ans : novice
 plus de 5 ans : expérimenté
 plus de 10 ans : expert
6. **Centre Hospitalier actuel***

9. En pratique :

Plusieurs réponses possibles.

- 1 fil 1 nœud
Surjet
Points séparés
Surjet intradermique
Points de Blair-Donati
Aiguille de Reverdin
Autre :
- 1 fil 1 nœud
Surjet
Points séparés
Surjet intradermique
Points de Blair-Donati
Aiguille de Reverdin
Autre :

A propos de votre formation pratique

10. Vous avez appris à suturer sur ...*

- Plusieurs réponses possibles.
- un matériel inert (ex. : mousse, ...)
 un matériel simulant la réalité (ex. : cuisse de poulet, ...)

Formation initiale aux techniques de sutures

Formation continue aux techniques de suture

11. Quelle a été votre formation aux techniques de sutures ? *

Une seule réponse possible.

- Pratique *Passez à la question 12.*
- Théorique *Passez à la question 12.*
- Pratique et Théorique *Passez à la question 12.*
- Aucune *Passez à la question 17.*

Formation continue : techniques de suture abordées**12. En pratique :**

Plusieurs réponses possibles.

- 1 fil 1 noeud
- Surjet
- Points séparés
- Surjet intradermique
- Points de Blair-Donati
- Aiguille de Reverdin
- Autre :

13. En théorie :

Plusieurs réponses possibles.

- 1 fil 1 noeud
- Surjet
- Points séparés
- Surjet intradermique
- Points de Blair-Donati
- Aiguille de Reverdin
- Autre :

A propos de la formation continue**14. Dans quel cadre avez vous effectué cette formation ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Développement Personnel Continu
- Plan de formation du service
- Formation par les pairs
- Cadre associatif
- Formation assurée par un laboratoire
- Autre :

15. Quelle était la qualification du/des formateurs ?

Une seule réponse possible.

- représentant du laboratoire
- médecin
- sage-femme
- je ne sais pas

16. Quelle était la durée de la formation ?
(en jours)

.....

A propos de l'épisiotomie**17. Connaissez vous le taux d'épisiotomie recommandé par l'OMS? ***

(Organisation Mondiale de la Santé)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 19.*

18. Connaissez vous le taux d'épisiotomie recommandé par le CNGOF? *

(Collège National des Gynécologie-Obstétriciens de France)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

A propos de l'épisiotomie**19. Connaissez vous le taux d'épisiotomie de votre service? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 20.*

A propos de l'épisiotomie**20. Connaissez vous votre taux personnel d'épisiotomie ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 22.*
- Non

21. A combien estimez vous votre taux personnel d'épisiotomies? *
(en % d'accouchements)

.....

A propos de votre taux personnel d'épisiotomie

22. Souhaitez-vous connaître exactement votre taux personnel d'épisiotomie ? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non

Technique de suture principale

23. Quelle est votre technique de suture principale ? *
(estimée à plus de 75% d'utilisation)
Une seule réponse possible.

1 fil 1 noeud *Passez à la question 30.*
 autre technique *Passez à la question 24.*

Quelle est votre technique de suture principale ?

(estimée à plus de 75% d'utilisation)

surjet points séparés autre
vagin

25. "Autre" : précisez

.....

26. 2. Pour le muscle *

Une seule réponse possible par ligne.

surjet points "en X" points séparés autre
muscle

27. "Autre" : précisez

.....

28. 3. Pour la peau *

Une seule réponse possible par ligne.

points sujet sujet surjet double surjet points de blair autre
séparés séparés intradermique simple continu donati

29. "Autre" : précisez

.....

Technique de suture alternative

A propos de votre technique de suture alternative

30. Avez-vous une technique de suture alternative ? *
(technique utilisée quand vous n'avez pas recours à votre technique principale de suture)
Une seule réponse possible.

Oui *Passez à la question 31.*
 Non *Passez à la question 39.*

31. Quels paramètres vous font utiliser une technique alternative ? *
Plusieurs réponses possibles.

- manque de temps
- rapidité de la technique alternative
- qualité des tissus périnéaux de la patiente
- contexte d'urgence
- dimension de l'épisiotomie
- nécessité de temps pour réaliser la technique alternative
- matériel à disposition (nécessité de matériel spécifique)

Technique de suture alternative

32. Quelle est votre technique de suture alternative ? *
Une seule réponse possible.

1 fil 1 noeud *Passez à la question 39.*
 Autre *Passez à la question 33.*

Quelle est votre technique de suture alternative ?

33. 1. Pour le vagin *
Une seule réponse possible par ligne.

surjet points séparés autre
Vagin

34. "Autre" : précisez

.....

35. 2. Pour le muscle *

Une seule réponse possible par ligne.

surjet points "en X" points séparés autre
Muscle

37. 3. Pour la peau *
 Une seule réponse possible par ligne.

Peau	points séparés	surjet intradermique	surjet simple	double surjet continu	autre
	<input type="radio"/>				

38. "Autre" : précisez :

Quels fils utilisez-vous?

39. Diamètre des fils utilisés *
 Une seule réponse possible par ligne.

Vagin	1	0	2.0	3.0
Muscle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Caractéristiques des fils utilisés *
 Une seule réponse possible par ligne.

Type de résorption	rapide	lente	non résorbable
Forme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Types d'aiguilles utilisées *
 Une seule réponse possible par ligne.

Pointe	courbe	droite
Forme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Type de pointes des aiguilles utilisées *
 Une seule réponse possible par ligne.

Pointe	arrondie	triangulaire	émuoussée	spatulée
Forme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avant de débuter la suture...

43. La patiente est installée en position gynécologique *
 Une seule réponse possible.

Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours
	<input type="radio"/>				

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

45. Après la toilette périnéale, une antisepsie du périnée est effectuée par un bâtonnet d'antiseptique *
 (bétadine ou autre en cas d'allergie)
 Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

46. Au besoin un ébardage (tonte périnéale) est effectué *
 Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

47. Avant la suture, vous effectuez un lavage chirurgical des mains *
 (Nécessite l'utilisation d'une brosse)
 Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

48. Vous portez une casaque stérile *
 Changement de casaque si une casaque était portée au moment de l'accouchement
 Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

49. Vous portez un masque *
 Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais Toujours

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

51. Vous utilisez une nouvelle paire de gants stériles *
 (Par rapport à la paire utilisée au moment de l'accouchement)
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

52. Une table est re-préparée avec du matériel stérile *
 (Par rapport à la celle utilisée au moment de l'accouchement)
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

53. Vous installez de nouveaux champs stériles sur le pourtour de la plaie *
 (Par rapport à la ceux utilisés au moment de l'accouchement)
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

54. Vous mettez en place un tampon vaginal (ou compresses) afin d'éviter la souillure de la plaie par les lochies *
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

55. Vous effectuez un toucher vaginal avant de suturer *
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

Concernant l'anesthésie, en l'absence d'analgésie Péridurale,
 vous utilisez... *

57. L'anesthésie locale par injection de lidocaïne *
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

58. L'anesthésie locale par lidocaïne en spray *
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

59. L'anesthésie locale par bloc pudendal *
 Injection de l'agent anesthésique au contact du nerf pudendal interne
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

A propos de votre méthode de suture

60. Suturez vous avec le porte-aiguille? *
 pour effectuer les noeuds
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

61. Suturez vous avec vos doigts? *
 pour effectuer les noeuds
 Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toujours				

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Vous arrive-t'il de suturer sous valve? *Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Après la suture...

64. Vous effectuez un toucher vaginal après la suture? *Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. Vous effectuez un toucher rectal après la suture? *Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant le matériel à votre disposition**Vous avez différents types de fils à votre disposition. Quels sont-ils?**

67. Diamètre *Une seule réponse possible par ligne.

1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. Réorption *Une seule réponse possible par ligne.

oui	non
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lente	<input type="radio"/>
rapide	<input type="radio"/>
non résorbable	<input type="radio"/>

69. Aiguille *Une seule réponse possible par ligne.

oui	non
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
droite	<input type="radio"/>
courbe	<input type="radio"/>

70. **Pointe ***

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
amondie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
triangulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pointe émoussée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pointe spatulée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ABSTRACT

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les techniques de suture des épisiotomies par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire. Les objectifs secondaires étaient de décrire les modalités utilisées pour faire évoluer les pratiques, d'identifier les éventuels besoins de formation, et d'interroger les professionnels sur l'organisation chirurgicale de la suture d'une épisiotomie.

Matériel et Méthode : Etude multicentrique, descriptive par auto-questionnaires en ligne auprès des sages-femmes effectuant au minimum une garde en salle de naissance dans les maternités publiques des Pays de Loire. Du 31/10/2014 au 31/02/2015, 168 questionnaires ont été recueillis et analysés.

Résultats : Le taux de réponse a été de 42,0%. La technique de suture en 3 plans séparés est la technique majoritairement utilisée (83,3%). La formation continue semble influencer la technique de suture : la suture par le surjet continu est plus importante chez les sages-femmes ayant suivi une formation continue aux techniques de suture (25,7% contre 9,6%). Dans 73,4% des cas, le cadre de formation continu n'est pas institutionnel et est principalement représentée par la formation par les pairs (58,2%).

Conclusion : La technique de suture par le surjet continu est peu enseignée en formation initiale (11,4%). La formation continue permet l'apprentissage des techniques recommandées, mais son accès est insuffisant. La formation par les pairs doit être utilisée pour la formation continue et doit s'inscrire dans le cadre formel du DPC. Cette formation pourrait s'inscrire dans une politique de gestion des risques, et mise en place sous forme d'une EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

mots-clés : épisiotomie, suture, surjet continu, 1 fil 1 nœud, points séparés, surjet, surjet intradermique.

Objectives: The main objective of this study was to describe the midwives' suturing technique of an episiotomy in Pays de Loire's public maternities. Secondary objectives were to describe the methods used by midwives to change their practices, identify potential midwifery training needs, and to question the midwives' organization in surgical suture of an episiotomy.

Materials and Methods: Multicentric, descriptive by online self-administered questionnaire to midwives performing at least one working day in the delivery room in public maternity of Pays de Loire, France. From 31/10/2014 to 31/02/2015, 168 questionnaires were collected and analyzed.

Results: The response rate was 42,0%. The interrupted suturing techniques in 3 layers is the mostly used technique (83,3%). Continuing education seems to influence the suturing technique: continuous suturing is higher used among midwives who received continuous education to suturing techniques (25,7% versus 9,6%). In 73,4% of cases, the continuous education framework is not institutional and is mainly represented by the peer education (58,2%).

Conclusion: Recommended suture techniques are not sufficiently taught during Midwives' studies (11,4%). Continuing education permit learning recommended techniques, but access to continuing education is insufficient. The peer education should be used for continuing education and must be integrated into the formal framework of the Professional Continuous Development (DPC). This training could be part of a Risk Management Policy and implemented as an EPP (Evaluation of Professional Practices).

keywords : episiotomy, suturing, continuous suturing technique, interrupted suturing technique, continuous subcuticular suture, interrupted stitch.