

La fin de l'épisiotomie ?

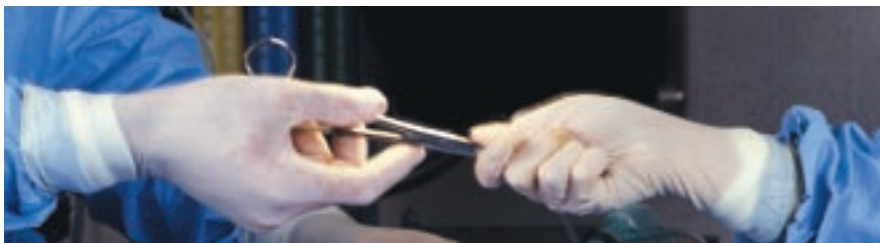
Lors des journées du CNGOF de décembre 2005, des recommandations sur la pratique clinique de l'épisiotomie ont été diffusées. Elles concluent que les conséquences de ce geste chirurgical ne correspondent en rien aux bénéfices attendus en matière de prévention des déchirures du troisième et quatrième degré, du prolapsus, des incontinences urinaires ou fécales, tout en laissant le soin à chaque accoucheur d'en évaluer la nécessité au cas par cas. Des recommandations pour le moins timides qui soulèvent déjà la critique des associations d'usagers.

■ DOSSIER RÉALISÉ PAR SANDRA MIGNOT

« Il n'existe plus d'indication systématique pour l'épisiotomie. » Tel était le mot d'ordre de la conférence de presse de ce mercredi 31 novembre 2005, lorsque le bureau du Collège national des gynécologues-obstétriciens français présentait aux journalistes les recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. Alors, fini l'épiso ? Pas tout à fait. C'est sa pratique qualifiée de "libérale" par le groupe de travail mis en place par le collège qui est sommée de disparaître au profit d'un usage "restrictif". En effet, l'analyse de la littérature scientifique (parmi laquelle les premiers écrits datent de 1982) a montré que l'épisiotomie systématique ne prévient pas la sur-

venue de déchirures périnéales du troisième et quatrième degré, d'une incontinence urinaire d'effort, d'impériosités mictionnelles ou d'une incontinence anale (lire notre rubrique *Info-pro*, page 20). Elle semble même exposer à ce dernier risque dans les trois mois suivant le post-partum... Bref, l'épisiotomie ne protège pas le périnée, contrairement à ce qu'apprennent depuis des années, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens en formation. Lors de la présentation de ces RPC aux professionnels, le 2 décembre, une seule indication a semblé résister à l'examen de la littérature : celle du périnée court. « Une circonstance extrêmement rare », selon Frédérique Teunier, présidente du Collège national des sages-femmes, qui a fait partie du comité d'organisation des recommandations. Souffrance fœtale, manœuvres obstétricales, forceps, sièges ou même lésions des troisième et quatrième degré lors d'un accouchement précédent, ne justifient plus une pratique systématique de l'épisiotomie. La conclusion de Renaud De Tayrac, gynécologue-obstétricien au CHU de Nîmes et l'un des experts du groupe de travail, paraît sans appel : « L'épisiotomie préventive n'a pas atteint ses objectifs. Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas justifiée. » Le texte final précise pourtant que le geste pourra paraître « judicieux sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ». Dans les deux amphithéâtres de la Maison de la chimie où





se déroule cette session des XXIX^{es} journées nationales du CNGOF, l'assistance est perplexe. Réfléchir avant de réaliser un acte chirurgical, n'était-ce pas jusqu'à présent l'attitude de tous ?

> **Diminuer les taux.** En France, le taux global d'épisiotomie se situait, en 2002/2003 à 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare), en diminution depuis 1997 (respectivement 79 et 42 %). Bien sûr le taux varie d'une région à une autre, d'une population à une autre, d'un établissement à un autre et même d'un opérateur à un autre. Des études, réalisées à l'étranger, tendraient à prouver que les sages-femmes en font moins. « Mais dans certaines maternités parisiennes, indique Frédérique Teurnier, on se fait réprimander le lendemain au staff si l'on n'a pas pratiqué l'épisiotomie sur une primipare. » En tout cas désormais, l'objectif officiel est de diminuer le taux global d'épisiotomie « en dessous de 30 % ». Pourquoi 30 % ? Le chiffre est issu d'une méta-analyse réalisée sur la Cochrane Library par Thorp et al.*, incluant 6 études et 4 850 femmes. En outre, il correspond à ce qui se pratique actuellement aux Etats-Unis et dans d'autres pays d'Europe (bien que la Grande-Bretagne se situe à 13 %, la Suède à 6 et que l'Organisation mondiale de la santé penche plutôt vers 10 %). « Mais quand les mouvements de balancier sont excessifs, on aboutit souvent à des catastrophes, note Bernard Jacquetin, membre de la Société internationale francophone d'urodynamique et président de ces RPC. » Tout se passe comme s'il ne fallait pas heurter les professionnels qui ont largement recouru à l'épisiotomie

ces dernières années, alors qu'une volumineuse littérature sur le sujet ne valide pas cette pratique en termes de protection du périnée. « On reste dans le politiquement correct. C'était peut-être trop tôt pour aller plus loin, reconnaît Frédérique Teurnier. Déjà les gynécos ont été assez surpris. » Gilles Gaebel, du Collectif inter-associatif autour de la naissance (le CIANE, qui a participé au comité de lecture des RPC) est plus critique : « C'est difficile pour une profession de se déjuger, note-t-il. »

Outre l'objectif de diminution, les recommandations reviennent sur la technique d'épisiotomie et de la réparation périnéale, capitales pour la vie sexuelle et personnelle ultérieure de la femme. « Il faut développer les compétences concernant la réparation de l'épisiotomie, insiste Bernard Jacquetin. Dans certains services, on exige déjà que ce soit des seniors qui prennent en main la réparation. Outre les séquelles d'une réparation de mauvaise qualité, le danger serait de ne pas dépister une lésion du sphincter anal. » La nécessité d'une analgésie locale est également rappelée. Mais le chapitre consacré aux soins apportés en suites de couches montre le nombre insuffisant de recherches sur le problème de la douleur post-épisiotomie, en dehors des anti-inflammatoires non stéroïdiens qui ne sont compatibles avec l'allaitement que sur une courte période ! Raison de plus pour limiter le geste...

> **Indicateur de qualité.** Enfin, dans la conclusion du document, il est proposé que le taux d'épisiotomie puisse devenir un indicateur de qualité dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et pour la version 2 de l'accréditation. « Ce qui est très

* Thorp JM, Bowes WA. Episiotomy : can its routine be defended ? Am J Obstet Gynecol 1989 ; 160 : 1027-30.

→ Témoignages en ligne

Le site [episiotomie.info](http://www.episiotomie.info) a été créé en novembre 2005 par des usagers d'un groupe de discussion et de soutien consacré aux femmes victimes d'une épisiotomie (<http://fr.groups.yahoo.com/group/soutien-episiotomie/>). « La liste c'est un soutien privé pour des femmes qui ont vécu des situations très douloureuses, explique Blandine Poitel l'une des chevilles ouvrières de l'action, membre de l'Association francophone pour l'accouchement respecté et cofondatrice du CIANE. Le site est plus ouvert, on y trouve une information générale sur l'épisiotomie, des informations pratiques ou juridiques et plusieurs forums moins intimes. » Les témoignages pourtant sont marquants : « Le gynéco voulait me recoudre à vif, raconte Bbcrapaud*. La sage-femme a insisté pour faire une piqûre de xylocaïne qui n'a servi à rien. Je me suis cramponnée à la table. J'ai eu cinq points que le gynéco a fait trop serrés. » Plus loin, Perrine* souligne : « Selon l'avis de sages-femmes, de gynécologues, de médecins et de la littérature scientifique que j'ai consultés par la suite, cet acte n'avait aucune justification médicale dans mon cas. » Evabébé* s'inquiète : « Je veux un deuxième enfant mais j'ai vraiment peur qu'on me recoupe... » Et puis il y a aussi Aurélie qui remercie : « Grâce à toi, j'ai pu mettre des mots sur ma douleur et j'ai pu enfin en parler à mon mari à qui je n'avais pas tout dit car c'était trop douloureux de lui dire que faire l'amour cela faisait mal. » Souvent des sages-femmes sont également présentes sur le forum. Pour Blandine, les recommandations du CNGOF ne sont pas un aboutissement : « Si on passe de 47 à 30 % pour moi cela veut dire que beaucoup de femmes seront encore coupées pour rien, regrette-t-elle. » Pourtant grâce aux documents intermédiaires élaborés par les experts, plus riches que les recommandations, Blandine continuera d'accompagner des femmes dans l'élaboration de leur projet de naissance, informer et soutenir celles qui le souhaitent. Un projet de livre est également en préparation avec les femmes de la liste de discussion.

Pour en savoir plus :

- Site Internet : www.episiotomie.info
- Liste de discussion et de soutien : <http://fr.groups.yahoo.com/group/soutien-episiotomie/>

*pseudonymes utilisés sur le forum.

→ Des équipes incitent à la diminution

Le taux d'épisiotomie global est en baisse sensible en France depuis une petite dizaine d'années. Mais il faut aujourd'hui accélérer le pas. Quelques professionnels nous livrent leur expérience.

« **D**epuis 1994, mon taux d'épisiotomie est à 0, se flatte Jack Mouchel, gynécologue-obstétricien à la clinique du Tertre-rouge (Le Mans). J'avais pris connaissance de la littérature existant à ce sujet et grâce à ces arguments scientifiques, j'ai plus ou moins convaincu mes collègues dont les taux individuels vont parfois encore jusqu'à 30 ou 40 %. » Car pour diminuer son taux d'épisiotomie, le geste médical reconnu comme étant le « plus pratiqué en salle de naissance, à l'exception de la section du cordon ombilical », comme l'explique Bernard Jacquetin, chef de service en gynécologie-obstétrique au CHU de Clermont-Ferrand, il faut d'abord convaincre. « Il ne suffit pas qu'un professeur en parle dans le service, poursuit-il. La première étape en tout cas ce sont les arguments scientifiques, ensuite il faut observer l'évolution des taux. »

> **Différentes méthodes.** Les recommandations pour la pratique clinique mentionnent en effet différentes actions possibles : formations, audits, rétro-information pour chaque professionnel de son propre taux d'épisiotomie, présence d'un leader... « Le leader, c'est celui qui montre l'exemple, explique Françoise Venditelli, du CHU de Clermont-Ferrand qui a travaillé sur ce chapitre dans le cadre du comité d'experts des RCP. C'est souvent un médecin ou une sage-femme qui se passionne pour un domaine et met en place un relevé d'indicateurs. » C'est ce qu'elle-même a instauré en Auvergne, bien que toutes les maternités n'enregistrent pas leurs taux d'épisiotomie. Autre exemple à Caen, dans le service dirigé par Michel Dreyfus (coordinateur des RCP), l'information a commencé à circuler dès cet été. « Entre ce que j'avais appris et ce que je lisais, il y avait une différence incroyable, note Annie Le Tardif, sage-femme cadre du service qui a participé à la lecture des RCP. J'ai été étonnée d'apprendre que les problèmes sphinctériens ne sont pas plus nombreux après une déchirure qu'après une épisiotomie. » Une rapide recherche dans les statistiques du service a d'ailleurs confirmé les données de la littérature. « Les périnées complets, notre grande hantise, intervenaient toujours sur des extractions instrumentales + épisiotomie, ajoute la sage-femme. » Dans le service, une mesure très simple a été mise en place : comme les dossiers étaient déjà informatisés, il est désormais demandé aux professionnels de préciser l'indication pour laquelle ils ont réalisé l'épisiotomie. Résultat : entre 2004 et 2005, les chiffres ont chuté de 75 à 50 % pour les primipares et de 55 à 25 % pour les multipares. Le simple fait de devoir motiver incite davantage à la réflexion au moment du geste. « Les statistiques du service

concernant l'épisiotomie sont diffusés dans nos tableaux de bord mensuels, précise Michel Dreyfus. Si cela stagne peut-être que j'envisagerais de calculer les statistiques individuelles avec rétro-information pour chacun. »

Même constat dans le service du professeur Jacquetin à Clermont-Ferrand où la revue des arguments scientifiques, le suivi des statistiques et la discussion ont permis de diminuer drastiquement les taux individuels d'épisiotomie : « Mes sages-femmes qui faisaient 70 % d'épisiotomie sont descendues à 30 %, explique le gynécologue-obstétricien, président des RPC, qui reconnaît s'être penché sur la question depuis déjà une dizaine d'années. » Dans son service, comme à Caen, il semble que les médecins soient plus réticents à cette évolution (« ils sont toujours plus pressés, moins patients que les sages-femmes » note le gynécologue-obstétricien) ainsi que les sages-femmes fraîchement diplômées.

Enfin, option complémentaire : encourager l'information des patientes sur ce qu'est une épisiotomie, pourquoi on la pratique et quels en sont les risques. « Certains praticiens ne leur en parlaient même pas jusqu'à présent, note le professeur Jacquetin. Si on les incite à réfléchir à ce sujet et qu'une patiente manifeste sa réticence à l'épisiotomie, le praticien aura le geste moins facile. »

> **La fin espérée du dogme.** Mais pourquoi alors a-t-il fallu attendre si longtemps pour aborder le sujet et élaborer des recommandations ? « Nous avons des dogmes, comme souvent en médecine, reconnaît sincèrement Michel Dreyfus. Et puis c'était un geste couramment pratiqué qui ne semblait vraiment pas une priorité dans la réflexion sur nos pratiques. » D'un dogme, il ne faudrait pourtant pas directement passer à un autre. Comme l'explique Jack Mouchel : « On se focalise sur un truc comme d'habitude, cette fois c'est l'épisi, mais cela ne doit pas devenir une religion. Il faut réfléchir à la manière d'aborder l'accouchement, les positions, la mobilité, etc. » Comme c'est le cas à la maternité du centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges (93) : le travail sur les positions d'accouchement, et notamment le décubitus latéral a eu pour corollaire une diminution des taux d'épisiotomies. De 47 % en 2002, il est descendu à 33 % en 2004 et 30,7 en 2005. « Je pense que nous avons atteint notre seuil limite, précise Catherine Jubin, sage-femme cadre du service, car chez nous l'épisiotomie n'est pas systématique, sauf pour les accouchements du siège ou les accouchements par forceps. » Gageons alors que si les recommandations pour la pratique clinique sont désormais appliquées dans ces circonstances, le taux baissera encore davantage.

intéressant, note Frédérique Teurnier. Les gens vont pouvoir demander à connaître le taux de leur praticien ou de l'établissement dans lequel ils ont choisi d'accoucher. » On évoque même la nécessité d'informer les usagers « des risques de l'épisiotomie et autres complications liées aux différentes pratiques obstétricales pour "cogérer" leur accouchement, en cas de femme à bas risque obstétrical (analgésie, position maternelle, etc.). » La porte s'ouvrirait-elle enfin à une démedicalisation de la naissance ?

> Déception des associations.

Pourtant, les représentants des usagers sont loin d'être satisfaits du texte final, qui sera publié prochainement dans les colonnes du *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. « On ne dit pas assez que l'épisiotomie, c'est le résultat de pratiques obstétricales antérieures telles que le déclenchement, le décubitus dorsal, la poussée sur respiration bloquée, l'expression abdominale, l'extraction instrumentale..., s'insurge Blandine Poitel de l'Association francophone pour l'accouchement respecté (AFAR). Il aurait fallu axer davantage le texte sur la prévention par la formation des praticiens et l'information des patientes. » Il faut dire que les associations d'usagers se sont penchées sur la problématique de l'épisiotomie dès 2004. Cette année-là, l'AFAR organisait une semaine mondiale consacrée à la lutte contre l'épisiotomie de routine. « Les campagnes qu'on a menées, ont permis une prise de conscience du problème, » assure Bernard Bel du groupe de travail sur l'épisiotomie de l'AFAR. Dans la foulée, le CIANE (dont l'AFAR est membre) demandait la saisine de l'Agence

nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur ce thème. Ce qui était accepté en mai 2005. Le CNGOF et le collectif d'usagers semblaient alors s'accorder pour travailler ensemble sur ces recommandations. Mais au final, ceux-ci ne figurent plus qu'en qualité de lecteurs et les recommandations ne sont pas validées par la Haute autorité de santé, qui, entre temps, a absorbé l'ANAES. « Nous avons pourtant fourni un important travail de bibliographie, note Bernard Bel. Puis un document de 13 pages a été envoyé aux membres du comité d'organisation, avec de nombreux amendements au texte. » Mais le CNGOF voulait avancer rapidement. « Nous étions pressés de conclure sur un thème brûlant, qui concerne un large public, justifie Michel Dreyfus, coordonnateur des RPC. L'HAS était en cours de constitution, il nous aurait fallu attendre un an avant de lancer le travail. »

Résultat : les représentants des usagers sont déçus, même si les RPC représentent un progrès selon Gilles Gaebel, et conservent une certaine amertume à l'égard du CNGOF. « Nous avons appris la conclusion des travaux par la presse, s'étonne Bernard Bel. » En effet, nombre des propositions du CIANE n'ont pas été reprises dans le document final. Ainsi de la modification "urgente et essentielle" des formations professionnelles des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. « Leur programme impose actuellement aux étudiantes sages-femmes de réaliser 30 épisiotomies pour 80 accouchements, note Gilles Gaebel. Les stages ne sont pas validés si elles ne le font pas. Cela banalise le geste. » Le CIANE demande ainsi actuellement à la

Direction générale de la santé la révision de l'arrêté du 21 décembre 2005 à ce sujet, afin que le programme impose désormais 30 sutures et non 30 épisiotomies. Autre conclusion écartée, celle qui suggère l'affichage public ou disponible sur simple demande des statistiques de chaque maternité en matière d'épisiotomie, de forceps, de césarienne, de péridurale, etc. Ou encore la version qui conclut à la nécessaire modification des cours de préparation à l'accouchement et des informations données aux médias, en incluant la nécessité du consentement éclairé de la patiente. Et puis le collectif regrette qu'il ne soit pas fait davantage mention des complications à moyen ou long terme mentionnées par les femmes telles que « les brides, abcès sous-jacents non détectés parfois durant des années, inflammations de la glande de Bartholin (due à la suture du canal), points qui lâchent (et sont repris parfois "à vif" 24 ou 36 heures après), rétractions musculaires ou nerveuses, tissus qui cicatrisent en se soudant, et autres effets négatifs physiques conséquents à l'épisiotomie... » Avec en corollaire, une douleur insuffisamment prise en compte par les soignants, voire dans certains cas, un refus de chercher une source à celle-ci.

Le CIANE envisage ainsi de demander l'année prochaine à l'HAS, dont la méthodologie a été utilisée pour ces RPC, non pas une validation du texte, mais une révision des recommandations. Son combat contre l'épisiotomie ne s'arrêtera pas là puisque le collectif soutient également sept couples qui se préparent à engager des procédures judiciaires contre les soignants qui leur ont imposé l'intervention et ses conséquences. ■