



HAL
open science

Pratiques de l'épisiotomie: enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

Bertrand Gachon, A. Charveriat, F. Pierre, X. Fritel

► **To cite this version:**

Bertrand Gachon, A. Charveriat, F. Pierre, X. Fritel. Pratiques de l'épisiotomie: enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2019, 47, pp.627 - 636. 10.1016/j.gofs.2019.06.011 . hal-03487551

HAL Id: hal-03487551

<https://hal.science/hal-03487551>

Submitted on 20 Jul 2022

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

1 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
2 Gynécologues Obstétriciens Français

3 **Titre court :** Pratique de l'épisiotomie au sein des membres du CNGOF

4 **Title:** National survey about the practice of episiotomy within National College of French
5 Obstetricians and Gynaecologists (CNGOF)

6 **Mots clés :** épisiotomie, accouchement, accouchement instrumental, lésion obstétricale du
7 sphincter anal

8 **Keywords:** episiotomy, delivery, operative delivery, obstetric anal sphincter injury

9 **Article Original** **Résumé :** 242 mots **Texte Principal** : 4412 mots

10

11 **Auteurs :**

12 Bertrand GACHON^{1,2}

13 Amélie CHARVERIAT¹

14 Fabrice PIERRE¹

15 Xavier FRITEL^{1,3,4}

16

17 **Institutions :**

18 1 – Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, CHU de Poitiers, 2
19 rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France

20 2 – Laboratoire « Mouvement, Interactions, Performance » EA 4334, Faculté des sciences du
21 sport, Université de Nantes, 25 boulevard Guy Mollet, 44322 Nantes, France

22 3 – Centre d'Investigation Clinique pluri-thématique du CHU de Poitiers, INSERM 1402, 2 rue
23 de la Milétrie, 86000 Poitiers, France

24 4 - CESP UMR Inserm U1018, Équipe 7 : Genre, santé sexuelle et reproductive, 94270 Le
25 Kremlin Bicêtre, France

26

27 **Auteur correspondant :**

28 Dr Bertrand GACHON

29 **Adresse :** Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Poitiers, 2 rue de la Milétrie, 86000
30 Poitiers, France,

31 **Tel :** + 33 5 49 44 39 45 **Fax :** + 33 5 49 44 39 10

32 **Mail :** bertrand.gachon@gmail.com

1 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
2 Gynécologues Obstétriciens Français

3

4 **Résumé : 242 mots**

5

6 **Objectif**

7 L'objectif principal était de réaliser une évaluation des pratiques à propos de l'épisiotomie
8 au sein des membres du CNGOF.

9 **Méthodes**

10 En novembre 2018, a été réalisé auprès des membres du CNGOF une enquête sur la base
11 d'un questionnaire en ligne. Nous avons recueilli de manière prospective : les
12 caractéristiques des répondants, la fréquence d'utilisation de l'épisiotomie et les indications
13 systématiques dans l'accouchement spontané et instrumental, les habitudes de réalisation
14 et de réparation de l'épisiotomie, les modalités habituelles d'information de la femme, les
15 éléments consignés dans le dossier médical.

16 **Résultats**

17 Trois cent quatre-vingt-neuf membres du CNGOF ont répondu à l'enquête ; 69 % déclaraient
18 réaliser une épisiotomie dans moins de 10 % des cas en cas d'accouchement spontané en
19 présentation céphalique. L'indication d'épisiotomie systématique la plus fréquente pour
20 l'accouchement spontané et instrumental était l'antécédent de lésion obstétricale du
21 sphincter anal (LOSA) (plus de 30 % des participants). L'épisiotomie systématique était moins
22 fréquente en cas d'accouchement par ventouse que par forceps (OR=0.18 [0.08-0.37]) ou
23 spatules (OR=0.28 [0.12-0.59]). La majorité (94 %) des médecins déclaraient réaliser des
24 épisiotomies médio-latérales, 64 % avec un angle de section inférieur ou égal à 45°, et 50%
25 réparaient par une suture continue résorbable. La moitié (46 %) déclarait informer les
26 femmes et recueillir leur consentement avant le geste.

27 **Conclusion**

28 Plusieurs pratiques, l'information des femmes, l'angle de section, et la technique de
29 réparation de l'épisiotomie, sont susceptibles d'être modifiées par les nouvelles
30 recommandations du CNGOF sur la protection périnéale.

31

32 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
33 Gynécologues Obstétriciens Français

34

35 **Abstract : 227 words**

36 **Objective**

37 The main endpoint was to perform a survey about the practices of episiotomy into a CNGOF
38 (National College of French Obstetricians and Gynecologists) members population.

39 **Methods**

40 In November 2018, it was proceeded to a national survey from CNGOF members thanks to
41 an online questionnaire. We collected prospectively: the answerer's characteristics, the rate
42 of episiotomy and its systematics indications for spontaneous and operative delivery, the
43 habits of the practitioners for the section and the reparation, the modalities of women's
44 information and the data entered into the medical record.

45 **Results**

46 389 CNGOF members answered to the survey. They were 69% to declare performing less
47 than 10% of episiotomy in case of spontaneous vertex delivery. The most frequent
48 systematic indication of episiotomy was the personal history of obstetric anal sphincter
49 injury (more than 30% of answerers). Systematic episiotomy was less frequent in case of
50 vacuum assisted operative delivery compared to forceps (OR=0.18 [0.08-0.37]) or spatulas
51 (OR=0.28 [0.12-0.59]). Most of practitioners (94%) declared performing mediolateral
52 episiotomies, 64% declared cutting with an equal or more than 45° angle and 50% declared
53 using a resorbable continuous suture technique for the reparation. Half of the answerers
54 (46%) indicated that they inform et collected women's consent before performing an
55 episiotomy.

56 **Conclusions**

57 Several practices, women's information, section angle and the reparation technique are
58 subject to change by the latest 2018 CNGOF guidelines about perineal protection.

59

60

61

62 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
63 Gynécologues Obstétriciens Français

64

65 **Texte principal : 4412 mots**

66

67 **INTRODUCTION**

68 La question de l'épisiotomie est un élément important du débat sociétal à propos de
69 la gestion de la naissance et de l'autonomie des femmes enceintes. Cet acte peut avoir des
70 conséquences psychologiques et physiques chez certaines femmes chez qui il a été réalisé,
71 comme l'indique le récent rapport du haut conseil à l'égalité entre les hommes et les
72 femmes [1]. Les principaux ressentis négatifs portent sur le caractère « non justifié » du
73 geste, le défaut d'information, et l'absence de consentement [1, 2]. L'épisiotomie impose
74 une suture, est source de douleur périnéale et peut altérer la sexualité des femmes [1, 3].

75 L'épisiotomie avait déjà fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique, en
76 2005, par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) [4]. Devant
77 l'absence d'éléments en faveur de bénéfices attendus à la réalisation de cet acte,
78 notamment pour la prévention des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA), il avait
79 été émis une recommandation dans le sens d'une promotion de la pratique restrictive de
80 l'épisiotomie [4]. Suite à ces recommandations, il a été observé une chute du taux
81 d'épisiotomie en France de 21 % en 2007 à 14 % en 2014 pour l'accouchement non-
82 instrumental [5].

83 Il persiste une grande disparité de pratique concernant la réalisation de l'épisiotomie
84 [1]. Cela pourrait être dû à des différences en termes de formation initiale, de type
85 d'établissement ou d'expérience de l'opérateur. Un autre point pouvant participer à cette

86 variabilité des pratiques est l'absence de données de haut niveau de preuve à propos de
87 l'intérêt de l'épisiotomie dans certaines situations obstétricales, notamment l'accouchement
88 instrumental. En effet, l'accouchement instrumental expose à un risque de déchirure
89 périnéale grave qui expose à l'incontinence anal et pourrait être réduit par la pratique de
90 l'épisiotomie [6]. Dans ce contexte de débat sur la protection périnéale obstétricale, le
91 CNGOF a travaillé à l'élaboration de nouvelles recommandations pour la pratique clinique
92 présentées tout récemment aux journées nationales du CNGOF [7].

93 Notre objectif principal était de préciser les pratiques des gynécologues-obstétriciens
94 à propos de l'épisiotomie avant la communication de ces recommandations. Une telle
95 évaluation des pratiques avant la communication de ces nouvelles recommandations
96 permettrait d'identifier les pratiques susceptibles d'être modifiées par ces
97 recommandations.

98 Un des principaux points concernant le débat sociétal autour de la question de
99 l'épisiotomie est l'existence d'une disparité de pratiques au sein du territoire. L'objectif
100 secondaire était donc, dans les cas où une disparité de pratique existait, de rechercher les
101 facteurs associés à des différences de pratiques au sein du territoire.

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112 **METHODES**

113 Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, concernant les pratiques
114 professionnelles sous la forme d'une enquête en ligne. Le recueil de données était réalisé à
115 l'aide d'un questionnaire en ligne. Le lien vers le questionnaire était envoyé par mail à
116 l'ensemble des médecins gynécologues obstétriciens membres du CNGOF. Tout médecin
117 gynécologue obstétricien membre du CNGOF qui acceptait l'invitation et répondait au
118 questionnaire était inclus dans l'étude, quel que soit son lieu d'exercice. Le questionnaire
119 était divisé en trois parties : une première concernant les caractéristiques des professionnels
120 répondant au questionnaire ; une deuxième à propos des indications d'épisiotomie ; et une
121 troisième à propos de la technique de réalisation et de réparation ainsi que des modalités
122 d'information (voir questionnaire en annexe). Le questionnaire était accessible en ligne
123 entre le 31 octobre 2018 et le 1^{er} décembre 2018 soit avant la communication des nouvelles
124 recommandations pour la pratique clinique au congrès annuel du CNGOF le 6 décembre
125 2018 à Strasbourg.

126 **Données recueillies**

127 A propos des caractéristiques des professionnels, il était recueilli : l'expérience du
128 professionnel (moins de 5 ans, 5 à 15 ans, plus de 15 ans) ; la région de formation et
129 d'exercice ; le type de structure professionnelle (établissement public universitaire, public
130 non universitaire, privé, mixte) ; le type de la maternité, le nombre d'accouchements par an
131 dans la maternité ; la part de l'activité professionnelle consacrée aux accouchements (moins
132 de 5 %, de 5 à 25 %, de 25 à 50 %, de 51 à 75 %, plus de 75 %).

133 A propos des indications d'épisiotomie, il était recueilli : le taux personnel
134 d'épisiotomie (moins de 10 %, 11 à 30 %, 31 à 60 %, 61 à 90 %, plus de 90 %) dans
135 différentes situations obstétricales (accouchement spontané en présentation céphalique
136 chez la nullipare, accouchement par forceps, accouchement par ventouse obstétricale,
137 accouchement par spatules) ; les indications d'épisiotomies dans le cadre de l'accouchement
138 non-instrumental en présentation céphalique (nullipare pour éviter une LOSA, périnée
139 tonique ; anomalies du rythme cardiaque fœtale pour raccourcir la durée des efforts
140 expulsifs, efforts expulsifs de plus de 30 minutes, aucune de ces propositions) ; les
141 indications d'épisiotomie systématique (nullipare, variété postérieure, grossesse gémellaire,
142 présentation du siège, anomalies du rythme cardiaque fœtal, macrosomie fœtale suspectée,
143 antécédent d'épisiotomie, antécédent de LOSA, aucune de ces situations) ; les indications
144 d'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental (systématique, nullipare, variété
145 postérieur, anomalies du rythme cardiaque fœtal, macrosomie fœtale suspectée,
146 antécédent d'épisiotomie, antécédent de LOSA, aucune de ces situations).

147 A propos des techniques de réalisation et de réparation de l'épisiotomie il était
148 recueilli les éléments suivants : le type d'épisiotomie (médio-latérale, latérale, médiane) ;
149 l'angle de section en cas d'épisiotomie médio-latérale (moins de 30°, 30 à 45°, 45 à 60°, plus
150 de 60°) ; le type de réparation (suture en 3 plans avec points séparés au fil résorbable,
151 suture en 3 plans avec points séparés au fil non résorbable sur la peau, suture continue en 3
152 plans par 3 surjets au fil résorbable, suture continue type « 1 fil 1 nœud », autres).

153 A propos des modalités d'information en cas de décision d'épisiotomie, les
154 propositions étaient : je l'informe du geste pendant que je le réalise ; je l'informe du geste et
155 recueille son consentement oral avant la réalisation ; je l'informe du geste et recueille son

156 consentement écrit avant sa réalisation ; je l'informe de l'épisiotomie une fois
157 l'accouchement terminé ; autres.

158 Enfin le questionnaire renseignait sur les éléments mentionnés dans le dossier
159 médical en cas d'épisiotomie avec les propositions suivantes : l'indication ; le type ; l'angle
160 de section ; le côté ; le type de réparation ; le type de fil utilisé ; un schéma du périnée avec
161 le tracé de l'épisiotomie ; le moment d'information de la femme ; les modalités de recueil du
162 consentement ; autres.

163 Le questionnaire peut être visualisé en annexe 1 ou bien sous sa forme en ligne à
164 l'adresse suivante :

165 [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSxRPAPi8J1klBtQMoQ7gVCMPPUbc0KZGOfL](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSxRPAPi8J1klBtQMoQ7gVCMPPUbc0KZGOfLqUEvQGmxnw/viewform?vc=0&c=0&w=1)
166 [qUEvQGmxnw/viewform?vc=0&c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSxRPAPi8J1klBtQMoQ7gVCMPPUbc0KZGOfLqUEvQGmxnw/viewform?vc=0&c=0&w=1).

167 **Plan d'analyse et outils statistiques**

168 Les réponses libres à certaines questions (réponse « autres ») ont été reclassées dans
169 les catégories adaptées à chaque fois que cela était possible. Pour chaque question, les
170 données non exploitables étaient exclues (réponse manquante ou non exploitable, absence
171 d'expérience pour répondre à la question). Ainsi, par exemple, les réponses des médecins
172 ayant déclaré ne pas avoir d'expérience dans le champ « autres » pour les questions
173 concernant le forceps ont été exclus de l'analyse pour les questions relatives à cette
174 situation. Le nombre de réponses exclues est systématiquement présenté dans les résultats.

175 Le critère de jugement principal était représenté par le taux de réponse positive aux
176 différents items de chacune des questions des partie 2 (indications de l'épisiotomie) et 3
177 (technique de l'épisiotomie et réparation) du questionnaire, dans un objectif purement
178 descriptif. Les critères de jugements secondaires étaient représentés par l'existence d'une

179 disparité régionale de pratique à propos des items sélectionnés ainsi que par les facteurs
180 associés à cette disparité de pratique en analyse multivariée.

181 Nous avons d'abord décrit les caractéristiques de la population de professionnels
182 ayant répondu au questionnaire. Puis nous avons rapporté les données décrivant les
183 pratiques habituelles de ces professionnels à propos de l'épisiotomie. L'ensemble des
184 données recueillies étaient des données catégorielles et étaient donc exprimées en effectifs
185 et pourcentages. Enfin, nous avons recherché, parmi les caractéristiques des professionnels,
186 lesquels étaient associées aux différentes indications d'épisiotomie, aux modalités de
187 réalisation et de réparation de l'épisiotomie, aux modalités d'information de la femme et de
188 recueil de son consentement. Ainsi, une analyse comparative univariée portant sur des
189 données catégorielles à l'aide d'un test du χ^2 ou un test exact de Fischer selon les effectifs a
190 été réalisée, avec expression des résultats sous la forme d'Odd Ratio (OR). Dans les cas où il
191 existait une disparité de pratique sur le territoire (test du χ^2 pour l'analyse en fonction de la
192 région d'exercice) une analyse multivariée était réalisée pour rechercher les facteurs
193 associés à cette disparité de pratique. Cette analyse multivariée était donc réalisée pour les
194 items avec une disparité territoriale et qui concernaient les indications les plus fréquentes
195 d'épisiotomies. Les variables avec un niveau de significativité $p < 0,15$ étaient incluses dans
196 un modèle d'analyse multivariée par régression logistique avec expression des résultats sous
197 la forme d'OR ajustés (ORa). Pour ces analyses statistiques, le seuil de significativité retenu
198 était $p < 0,05$. L'analyse statistique était réalisée à l'aide du logiciel STATA © (version V14IC;
199 Stata Corporation, College Station, TX, USA).

200 L'approbation d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire pour ce type d'étude ne
201 portant pas sur des patientes et indépendant de toute prise en charge médicale.

202

203

204

205

206

207

208 **RESULTATS**

209 Le questionnaire a été envoyé à 1466 gynécologues obstétriciens, parmi lesquels 389
210 (26,5 %) ont répondu (Tableau 1). La fréquence déclarée d'utilisation de l'épisiotomie en cas
211 d'accouchement en présentation céphalique chez la nullipare et en cas d'accouchement
212 instrumental selon le type d'instrument sont présentées en Figure 1.

213 Parmi les propositions d'indications d'épisiotomie dans le cadre de l'accouchement
214 spontané en présentation céphalique : 5,7 % (n=22) des médecins ont retenu la nullipare
215 pour éviter une LOSA ; 14,9 % (n=58) un périnée tonique ; 23,4 % (n=91) les anomalies du
216 rythme cardiaque fœtal dans le but de raccourcir la phase d'expulsion ; 3,1 % (n=12) la durée
217 de la phase d'expulsion supérieure à 30 minutes ; enfin 66,1 % (n=257) n'ont retenu aucune
218 de ces indications. Le fait de retenir au moins une indication variait significativement avec la
219 région de formation et d'exercice ($p < 0,005$). Au moins une indication était retenue par plus
220 de 70% des praticiens exerçant à l'étranger, 41% des praticiens exerçant en Ile de France et
221 seulement 7,1% de ceux exerçant en région Bourgogne-Franche-Comté. Une indication
222 d'épisiotomie dans le cadre de l'accouchement spontané en présentation céphalique était
223 moins fréquemment retenue en cas d'exercice dans une maternité de plus 3500 naissances
224 annuelles (ORa=0,49 [0,26-0,91]) alors qu'elle était plus fréquemment retenue en cas
225 d'activité liée à la salle d'accouchement représentant 51 à 75% de l'activité totale (ORa=2,04
226 [1,20-3,49]) (Tableau 2).

227 A propos des indications systématiques d'épisiotomie, les propositions retenues
228 étaient les suivantes : femme nullipare pour 2,8 % (n=11) ; variété postérieure pour 7,7 %
229 (n=30) ; présentation du siège pour 16,7 % (n=65) ; les grossesses gémellaires pour 5,9 %
230 (n=23) ; les anomalies du rythme cardiaque fœtal pour 8,2 % (n=32) ; la macrosomie fœtale
231 suspectée pour 11,3 % (n=44) ; un antécédent d'épisiotomie pour 0,5 % (n=2) ; un
232 antécédent de LOSA pour 32,1 % (n=125) ; aucune de ces propositions pour 58,1 % (n=226).
233 Le recours systématique à l'épisiotomie en cas d'accouchement en présentation du siège
234 variait en fonction de la région de formation et de la région d'exercice ($p < 0,05$). Pour aucun
235 des répondants des régions Bourgogne Franche Comté, Bretagne et Outre-mer ce n'était
236 une indication systématique d'épisiotomie, alors qu'elle était retenue comme systématique
237 pour 25 % des praticiens de Nouvelle Aquitaine. Les facteurs associés à une épisiotomie
238 systématique pour une présentation podalique étaient : une expérience de plus de 15 ans
239 (ORa=2,50 [1,39-4,53]) ; un exercice en établissement public non universitaire (ORa=2,57
240 [1,19-5,54]) ou une structure privée (ORa=2,46 [1,06-5,71]) par rapport à une structure
241 publique universitaire ; l'exercice dans une maternité réalisant 2000 à 3499 accouchements
242 annuels comparé à celles en réalisant moins (ORa=0,45 [0,23-0,89]) (Tableau 3).

243 Concernant l'accouchement instrumental, la fréquence d'utilisation de l'épisiotomie
244 en fonction du type d'instrument est présentée en Figure 1 et les indications systématiques
245 d'épisiotomies sont présentées en Figure 2. Les médecins déclarant ne pas avoir
246 d'expérience à propos de l'utilisation d'un instrument ont été exclus de l'analyse (18 pour le
247 groupe forceps (5 %), 3 pour le groupe ventouse obstétricale (1 %) et 34 pour le groupe
248 spatules (9 %)). L'utilisation de la ventouse obstétricale était associée à un moindre recours
249 systématique à l'épisiotomie (2,6 %) que le forceps (13 %, OR=0,18 [0,08-0,37]) et les
250 spatules (8,7 %, OR=0,28 [0,12-0,59]). Le recours à l'épisiotomie systématique n'était pas

251 différent en cas de spatules (8,7 %) par rapport au forceps (13 %, OR=0,64 [0,39-1,06]). Le
252 recours systématique à l'épisiotomie en cas de forceps variait avec la région de formation et
253 la région d'exercice ($p < 0,005$). Ainsi elle n'était jamais considérée systématique en région
254 Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne ou Pays de la Loire, alors qu'elle était systématique
255 pour 33% des praticiens de Normandie et pour 52% de ceux exerçant à l'étranger. Le seul
256 facteur indépendant associé au recours systématique à l'épisiotomie en cas de forceps était
257 le nombre d'accouchements dans la maternité avec une diminution du risque dans les
258 établissements réalisant le plus de naissance (ORa=0,25 [0,10-0,63] pour ceux réalisant plus
259 3500 naissances annuelles) (Tableau 4).

260 La majorité des praticiens (93,7 %) déclaraient réaliser des épisiotomies médio-
261 latérales contre 6,2 % pour la latérale et 0,5 % pour la médiane (4 exclusions pour absence
262 d'expérience de l'épisiotomie). L'angle de section le plus fréquemment utilisé était entre 31
263 et 45° (57,1 %, n=220) suivi d'entre 46 et 60° (28,3 %, n=109), moins de 30° (7,5 %, n=29) et
264 plus de 60° (7,1 %, n=27). A propos de la réparation de l'épisiotomie, la technique la plus
265 fréquemment rapportée est la technique de suture continue type « 1 fil / 1 nœud » (50,3 %,
266 n=187), suivie de la suture en trois plans avec points séparés au fil résorbable (27,1%,
267 n=101), la suture en trois plans par trois surjets distincts (20,2 %, n=75), et de la suture en
268 trois plans avec points séparés non résorbables (2,4 %, n=9). Dix-sept réponses ont été
269 exclues du fait d'absence d'expérience de l'épisiotomie ou de réponse inexploitable.

270 En cas de décision d'épisiotomie, la majorité des médecins déclaraient informer la
271 femme et recueillir son consentement avant la réalisation du geste (45,8 %, n=175). Vingt-
272 neuf pour cent des médecins déclaraient informer la femme pendant le geste (29,3 %, n=112)
273 et 24,9 % déclaraient informer la femme après l'accouchement. Sept réponses
274 n'étaient pas exploitables pour cette question. Il n'était pas observé de disparité régionale

275 concernant cette pratique que ce soit en considérant la région de formation ($p=0,07$) ou la
276 région d'exercice ($p=0,55$).

277 Parmi les éléments renseignés dans le dossier obstétrical en cas d'épisiotomie
278 (plusieurs réponses possibles), il était déclaré : le type de fil utilisé pour la réparation (88,2 %
279 des répondants) ; le type de réparation (86,1 %) ; le type d'épisiotomie (78,1 %) ; le côté de
280 l'épisiotomie (58,9 %) ; l'indication de l'épisiotomie (54,2 %) ; le moment de l'information
281 (4,4 %) ; les modalités de recueil du consentement (3,6 %) et l'angle de section utilisé (2,3
282 %).

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305 **DISCUSSION**

306 **Rappel des résultats principaux**

307 Dans l'accouchement non-instrumental en présentation céphalique, deux-tiers des
308 médecins répondants déclarent réaliser une épisiotomie dans moins de 10 % des cas.
309 L'accouchement par ventouse obstétricale est associé à un moindre recours systématique à
310 l'épisiotomie que celui par forceps ou par spatules. Quatre-vingt-quatorze pour cent des
311 médecins réalisent des épisiotomies médio-latérales, deux-tiers avec un angle de section
312 inférieur ou égal à 45°, et la moitié les réparent avec la technique de suture continue un-fil-
313 un-nœud. Quand une épisiotomie est réalisée, 46 % des médecins déclarent en informer la
314 femme avant le geste et recueillir son consentement. Il existait des disparités régionales de
315 pratiques de l'épisiotomie, notamment dans le cas de l'accouchement spontané en
316 présentation céphalique, de l'accouchement instrumental par forceps, de l'accouchement
317 en présentation du siège ainsi que concernant les modalités d'information des femmes et de
318 recueil de leur consentement.

319 **Limites et forces de l'étude**

320 La principale limite de cette étude réside dans le caractère purement déclaratif des
321 informations recueillies. Le recueil étant purement déclaratif, sans vérification du taux
322 effectif d'épisiotomie pour chaque volontaire, il est possible que certains participants aient

323 une évolution plus élevée ou plus basse de leur taux réel d'épisiotomie et cela de manière
324 involontaire. Ce biais est inhérent à ce type d'enquête de pratique sur questionnaire. Nous
325 considérons que le caractère anonyme du questionnaire favorisait une réponse fidèle à la
326 réalité. La seconde limite réside dans le taux de réponse (un quart). Ce taux de réponse
327 reste conforme à ce qui habituellement observé chez les professionnels de santé [8].
328 L'ensemble des régions du territoire français étaient représentées, de même que les
329 différents types d'exercice, les différents types de maternité et les différents niveaux
330 d'expérience des professionnels.

331 Le point fort de cette étude réside dans le fait que l'enquête concerne l'ensemble des
332 régions d'exercice possibles des membres du CNGOF. De plus, la prise en compte de
333 l'ensemble des modes d'exercice de la profession permet d'obtenir une bonne description
334 de la pratique des gynécologues obstétriciens français à propos de l'épisiotomie. Le second
335 point fort est lié au fait que l'enquête a été réalisée avant la communication des
336 recommandations « Prévention et protection périnéale obstétricale » au congrès annuel
337 CNGOF le 6 décembre 2018 [7]. Dans ces conditions il sera possible d'évaluer l'impact de ces
338 recommandations sur les pratiques françaises suite à la communication de ces
339 recommandations en répétant l'enquête à distance.

340 **Interprétation**

341 A propos de l'accouchement normal (non-instrumental) en présentation céphalique,
342 les pratiques rapportées sont conformes aux recommandations du CNGOF de 2005 qui
343 semblent donc avoir été prises en compte par la profession [4, 5]. La littérature et
344 notamment la méta-analyse de la Cochrane publiée en 2017 ne met pas en évidence de
345 bénéfice à la réalisation de l'épisiotomie dans l'accouchement non-instrumental, que ce soit
346 pour éviter la survenue d'une LOSA ou dans un objectif d'obtenir un meilleur état néonatal

347 [3]. Dans les recommandations du CNGOF de 2018, l'absence de bénéfice de l'épisiotomie
348 dans l'accouchement spontané est affirmée, de même que cet acte n'est pas recommandé
349 pour éviter une LOSA [7, 9]. Ce point est conforté par des données rapportant une chute du
350 taux d'épisiotomie en France durant les 15 dernières années sans augmentation du taux de
351 LOSA [5, 10-12].

352 A propos des indications systématiques d'épisiotomie dans le cadre de
353 l'accouchement non instrumental, nous avons fait le choix de se limiter à l'accouchement en
354 présentation du siège car il s'agit de l'indication la plus fréquente (16,8%) avec l'antécédent
355 de LOSA (32,1%). Néanmoins, à la différence de la place de l'épisiotomie dans le cas de
356 l'accouchement par le siège, les données de la littérature sur la place de l'épisiotomie en cas
357 d'antécédent de LOSA sont très réduites en ce point n'était pas abordé dans les RPC
358 protection périnéale de 2018 [7]. Enfin, l'accouchement en présentation du siège concerne
359 chaque maternité y compris en cas de politique de césarienne systématique (possibilité
360 d'accouchement inopiné et rapide en présentation podalique). Le taux d'épisiotomie
361 systématique en cas de présentation du siège qui est rapporté dans notre enquête est plus
362 élevé que pour les présentations céphaliques comme le rapportent plusieurs travaux
363 français récents [5, 13]. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de preuve d'un éventuel
364 bénéfice de l'épisiotomie en contexte d'accouchement en présentation podalique ce qui
365 justifie les recommandations du CNGOF qui ne recommandent pas une pratique libérale de
366 l'épisiotomie dans ce contexte [3, 4, 7, 9]. Le moindre recours à l'épisiotomie en cas
367 d'accouchement en présentation du siège en région Bourgogne-Franche-Comté est
368 concordante avec le travail de 2016 de l'équipe de Chuilon qui mettait en évidence que ce
369 département avait le plus faible taux d'épisiotomie en France [13]. La plus forte pratique
370 d'épisiotomie systématique pour les praticiens avec plus de 15 ans d'expérience peut être le

371 reflet d'une diffusion des recommandations plus efficaces chez les jeunes praticiens qui ont
372 également bénéficié, pour les plus jeunes, de l'enseignement de ces recommandations dans
373 leur formation initiale. Le plus faible taux d'épisiotomie systématique sur présentation
374 podalique en centre universitaire pourrait s'expliquer par le fait qu'une large partie des
375 enseignants d'obstétrique exercent en milieu universitaire et donc enseigne la pratique
376 restrictive de l'épisiotomie aux jeunes praticiens, ce qui est concordant avec le taux faible
377 d'épisiotomie systématique dans cette indication chez les jeunes praticiens.

378 Trente-deux pour cent des médecins interrogés déclaraient avoir recours
379 systématiquement à une épisiotomie en cas d'antécédent de LOSA. Ce chiffre est élevé, et
380 est également retrouvé dans des proportions comparables en contexte d'accouchement
381 instrumental. La question de la place de l'épisiotomie en cas d'antécédent de LOSA est très
382 peu étudiée, que ce soit pour l'accouchement normal ou pour l'accouchement instrumental.
383 Nous avons à dispositions deux études rétrospectives portant sur 1490 femmes pour Jango
384 et coll. et 2093 femmes pour Boggs et coll., qui accouchent par voie vaginale après une LOSA
385 [14, 15]. Aucune de ces études ne mettaient en évidence de bénéfice en cas d'épisiotomie
386 [14, 15].

387 Concernant l'accouchement instrumental, nous avons fait le choix de limiter notre
388 propos aux indications d'épisiotomie systématiques en cas de forceps car il s'agit de
389 l'instrument avec le taux le plus élevé d'épisiotomie. Le taux d'épisiotomie en cas de
390 ventouse obstétricale ne variait pas significativement sur le territoire ($p=0,09$). Enfin il a été
391 décidé de se focaliser sur les indications d'épisiotomie systématique car il s'agit selon nous
392 du critère cliniquement le plus significatif pour lequel les recommandations pourraient avoir
393 un impact, à savoir évoluer d'une pratique libérale vers une décision individualisée. Nos
394 données mettent en évidence que le recours à l'épisiotomie apparaît plus fréquent qu'en cas

395 d'accouchement spontané, plus faible en cas d'utilisation de la ventouse obstétricale que
396 des forceps ou des spatules. Ceci peut s'expliquer par un plus faible risque de LOSA avec la
397 ventouse comparée aux autres instruments [9, 16-18]. La place de l'épisiotomie dans la
398 prévention des LOSA reste débattue en contexte d'accouchement instrumental. Des travaux
399 récents mettent en évidence un effet protecteur de l'épisiotomie en cas d'accouchement
400 instrumental chez la nullipare (OR=0,14 [0,13-0,15]) ou la multipare (OR=0,23 [0,12-0,27]) [6,
401 19, 20]. Il existe cependant d'autres travaux ne mettant pas en évidence de bénéfice à
402 l'épisiotomie dans ce contexte, épisiotomie qui est même quelque fois rapportée comme
403 facteur de risque de LOSA [21, 22]. Ces travaux restent des études rétrospectives ou des
404 études prospectives de faible ampleur (nombre de centres et/ou nombre de sujets) et nous
405 n'avons pas à disposition de solide essai randomisé. Dans ces conditions, le CNGOF n'a pas
406 pu émettre de recommandation détaillée sur le sujet et a indiqué qu'en cas d'accouchement
407 instrumental une épisiotomie pouvait être nécessaire pour éviter une LOSA [7, 9]. On notera
408 qu'un essai pilote avait été publié, mais celui-ci n'a pas été concluant car les auteurs ont été
409 confrontés à des difficultés liées au très large nombre de femmes à inclure, à la difficulté de
410 la randomisation dans ce contexte et à un biais de contamination avec un taux d'épisiotomie
411 comparable dans les deux groupes (pratique restrictive versus pratique libérale) [23]. De
412 plus la survenue d'une LOSA est un évènement complexe dépendant de multiples facteurs
413 de même que la décision de recourir à l'utilisation de l'épisiotomie. Dans ces conditions, un
414 essai randomisé ne paraît pas être le bon schéma d'étude car il ne s'agit pas d'une
415 intervention binaire comme peut l'être une intervention sous la forme d'une prise
416 médicamenteuse. Un schéma d'étude qui permettrait de répondre à cette
417 question pourrait être celui d'une large étude prospective multicentrique.

418 La quasi-totalité des médecins interrogés réalisent des épisiotomies médio-latérales
419 conformément aux données de la littérature et aux recommandations de 2005 et 2018 [3, 7,
420 24]. Deux-tiers des participants déclarent utiliser un angle de section inférieur ou égal à 45°.
421 Les données de la revue de la littérature publiée utilisée pour la rédaction des
422 recommandations du CNGOF de 2018 sont en faveur d'une section à 60° afin d'obtenir un
423 angle sur le périnée après l'accouchement de 45° afin de prévenir les LOSA et d'éviter une
424 lésion sphinctérienne iatrogène [24, 25]. Un essai randomisé confirme cette observation
425 sans rapporter d'augmentation des douleurs périnéale ou des saignements en cas de section
426 à 60° par rapport à une section à 40° [24, 25]. Un travail français montre que la majorité des
427 accoucheurs estimaient mal l'angle de section et que seules 43 % des épisiotomies étaient
428 réalisées à plus de 45° [26].

429 Seul un praticien sur deux déclare réaliser la suture de l'épisiotomie à l'aide d'une technique
430 continue au fil résorbable. La méta-analyse de la Cochrane rapporte que ce type de
431 réparation occasionne moins de douleurs périnéales précoce, moins de consommation
432 d'antalgique, et moins de retrait de fils par rapport aux techniques discontinues [27]. En
433 2018, le CNGOF recommande le recours à cette technique pour la réparation des
434 épisiotomies (grade A) [7, 24].

435 Un peu moins de la moitié des médecins déclarent informer la femme et obtenir son
436 consentement avant la réalisation d'une épisiotomie ce qui légitime le débat sociétal autour
437 de la question de l'épisiotomie et du respect de l'autonomie de la femme dans ce contexte
438 [1, 2]. Le rapport du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) de 2013 à
439 propos de l'épisiotomie estimait entre 9 et 20 % la proportion de femmes dont le
440 consentement a été recueilli avant la réalisation d'une épisiotomie [2]. On peut penser que
441 le chiffre plus élevé dans notre étude pourrait en parti être lié aux discussions actuelles

442 autour de ce geste et la remise en place de la femme et du respect de son autonomie au
443 centre de l'accouchement. Néanmoins ce chiffre reste, au vu des dernières
444 recommandations, insuffisant.

445 Les données à propos de la traçabilité de l'épisiotomie dans le dossier obstétrical
446 sont surprenantes. A peine plus de la moitié des praticiens précisent le côté de l'épisiotomie
447 (58 %) et son indication (54 %). La traçabilité de l'information et des modalités de
448 consentement est également très marginale (moins de 5 %). Ces données suggèrent la
449 nécessité d'améliorer nos pratiques sur ce point. Dans ses dernières recommandations, le
450 CNGOF rappelle la nécessité de tracer la réalisation de l'épisiotomie : indication ; type ;
451 angle ; technique de réparation ; information de la femme [24].

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473 **CONCLUSION**

474 Les médecins gynécologues-obstétriciens membres du CNGOF utilisent peu l'épisiotomie
475 pour l'accouchement normal. Il apparaît nécessaire de promouvoir les travaux de recherche
476 à propos de la place de l'épisiotomie en cas d'antécédent de LOSA, ainsi que dans le cadre
477 de l'accouchement instrumental. La technique de réalisation de l'épisiotomie, ainsi que sa
478 réparation, doivent être améliorées dans notre pratique quotidienne à la lumière des
479 recommandations du CNGOF de 2018. Il apparaît également nécessaire d'améliorer nos
480 pratiques dans le domaine de l'information et du recueil de consentement avant la
481 réalisation de l'épisiotomie.

482

483

484

485

486 Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt à déclarer.

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
497 Gynécologues Obstétriciens Français

498

499 **Remerciements**

500 Les auteurs remercient les autres membres du groupe d'expert pour l'élaboration des
501 recommandations du CNGOF « prévention et protection périnéale obstétricale » pour la
502 relecture du questionnaire : Bernard Jacquetin, Guillaume Ducarme, Anne Cécile
503 Pizzoferrato, Renaud de Tayrac, Clémence Schantz, Thibaud Thubert, Camille Le Ray, Didier
504 Riethmuller, Eric Verspyck et France Artzner. Nous remercions également l'ensemble des
505 membres du CNGOF qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des
521 Gynécologues Obstétriciens Français

522

523

524 **Liste des tableaux et figures**

525

526 - Figure 1 : Fréquence déclarée d'utilisation de l'épisiotomie en fonction du mode
527 d'accouchement

528 - Figure 2 : Fréquence déclarée d'utilisation systématique de l'épisiotomie en cas
529 d'accouchement instrumental selon le type d'instrument utilisé

530 - Tableau 1 : Descriptif de la population (N=389)

531 - Tableau 2 : Analyse uni et multivariée concernant le fait de retenir au moins une
532 indication d'épisiotomie en cas d'accouchement non instrumental en présentation
533 céphalique (N=389)

534 - Tableau 3 : Analyse uni et multivariée concernant le recours à l'épisiotomie en cas
535 d'accouchement en présentation du siège (N=389)

536 - Tableau 4 : Analyse uni et multivariée concernant le recours systématique à
537 l'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental par forceps (N=371)

538

539

540

541

542

543 **Titre :** Pratiques de l'épisiotomie, enquête auprès des membres du Collège National des

544 Gynécologues Obstétriciens Français

545

546 **Références**

547

548 1. Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes : Les actes sexistes durant le

549 suivi gynécologique et obstétrical. 2018. [http://www.haut-conseil-](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf)

550 [egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf)

551 [obstetrical_20180629-2.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf)

552 2. Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance: Episiotomie: état des lieux et vécu

553 des femmes. 2013. [https://ciane.net/wordpress/wp-](https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquete-episiotomie-Ciane-2013.pdf)

554 [content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf](https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquete-episiotomie-Ciane-2013.pdf)

555 3. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P: Selective versus routine use of episiotomy for

556 vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD000081.

557 4. RPC CNGOF 2005: Episiotomie - Recommandations pour la pratique clinique. J

558 gynecol Obstet Biol Reprod. 2006, 35:1S77-71S80.

559 5. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A et al.:How did episiotomy rates change from 2007

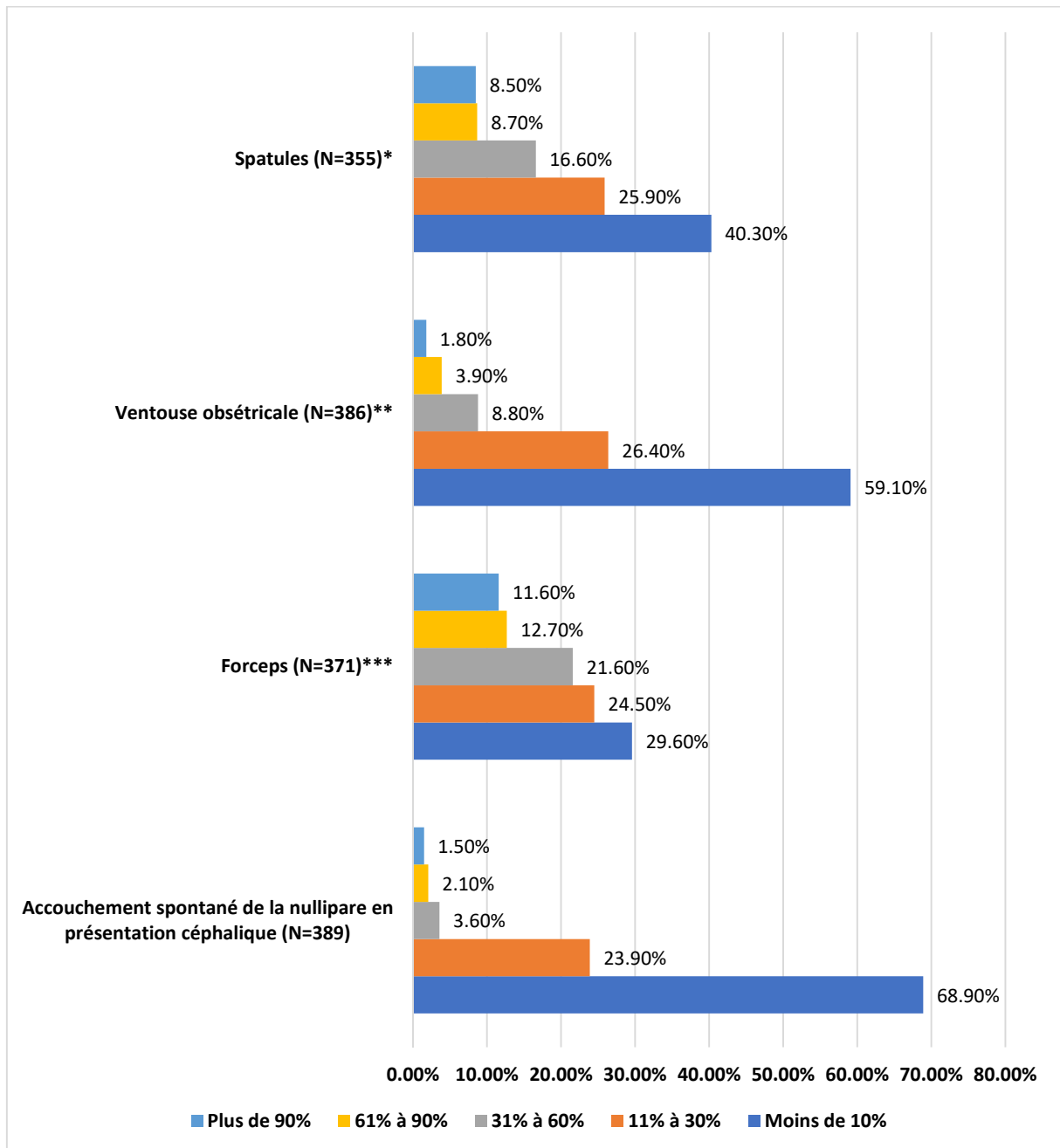
560 to 2014? Population-based study in France. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:208.

- 561 6. van Bavel J, Hukkelhoven C, de Vries C et al. The effectiveness of mediolateral
562 episiotomy in preventing obstetric anal sphincter injuries during operative vaginal
563 delivery: a ten-year analysis of a national registry. *Int Urogynecol J*. 2018;29:407-13.
- 564 7. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R et al: Prévention et protection périnéale en
565 obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court).
566 *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46:893-99.
- 567 8. Ducarme G, Poncelet C, Grossetti A et al. Prise en charge chirurgicale de
568 l'incontinence urinaire d'effort : résultat d'une enquête par questionnaire parmi les
569 membres de la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP). *Gynecol*
570 *Obstet Fertil*. 2007;35:1105-10.
- 571 9. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N: Quelles interventions au cours du dégagement
572 diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en
573 obstétrique CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46:937-47.
- 574 10. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A et al. Influence d'une forte diminution du
575 recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une
576 population d'une maternité de niveau III. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014;43:463-
577 69.
- 578 11. Eckman A, Ramanah R, Gannard E et al. Evaluation d'une politique restrictive
579 d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des
580 gynécologues obstétriciens français. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2010;39:37-42.
- 581 12. Ginod P, Khallouk B, Benzenine E et al. Evaluation de la pratique restrictive de
582 l'épisiotomie et de l'impact sur les déchirures périnéales au sein du Réseau périnatal
583 de Bourgogne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2016;45:1165-71.

- 584 13. Chuilon AL, Le Ray C, Prunet C et al. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des
585 pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *J Gynecol Obstet*
586 *Biol Reprod.* 2016;45:691-700.
- 587 14. Jango H, Langhoff-Roos J, Rosthoj S et al. Recurrent obstetric anal sphincter injury
588 and the risk of long-term anal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:610
589 e611-610 e618.
- 590 15. Boggs EW, Berger H, Urquia M et al. Recurrence of obstetric third-degree and fourth-
591 degree anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol.* 2014;124:1128-34.
- 592 16. MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD et al. Obstetric practice and faecal
593 incontinence three months after delivery. *BJOG.* 2001;108:678-83.
- 594 17. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X et al. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque
595 des lésions périnéales du 3ème et 4ème degrés. *RPC Prévention et protection*
596 *périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46:913-21.
- 597 18. Hamilton EF, Smith S, Yang L et al. Third- and fourth-degree perineal lacerations:
598 defining high-risk clinical clusters. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:309 e301-306.
- 599 19. De Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP et al. Mediolateral episiotomy reduces the risk for
600 anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG.* 2008;115:104-8
- 601 20. de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van
602 Bavel De Vogel J, Van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D et al. The effect of a
603 mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing
604 obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:404 e401-405.
- 605 21. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.*
606 2012;286:1369-73.

- 607 22. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M et al. Cohort study of maternal and neonatal
608 morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. BJOG.
609 2005;112:941-45.
- 610 23. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R et al. A randomised controlled trial of routine versus
611 restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study.
612 BJOG. 2008;115:1695-1702.
- 613 24. Marty N, Verspyck E. [Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects
614 techniques. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol
615 Obstet Fertil Senol. 2018;46:948-67.
- 616 25. El-Din AS, Kamal MM, Amin MA. Comparison between two incision angles of
617 mediolateral episiotomy in primiparous women: a randomized controlled trial. J
618 Obstet Gynaecol Res. 2014;40:1877-82.
- 619 26. Bechard F, Geronimi J, Vieille P et al. Are we performing episiotomies correctly? A
620 study to evaluate French technique in a high-risk maternity unit. J Gynecol Obstet
621 Hum Reprod. 2018;47:331-338.
- 622 27. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for
623 repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev.
624 2012;11:CD000947.

Figure 1: Fréquence déclarée d'utilisation de l'épisiotomie en fonction du mode d'accouchement

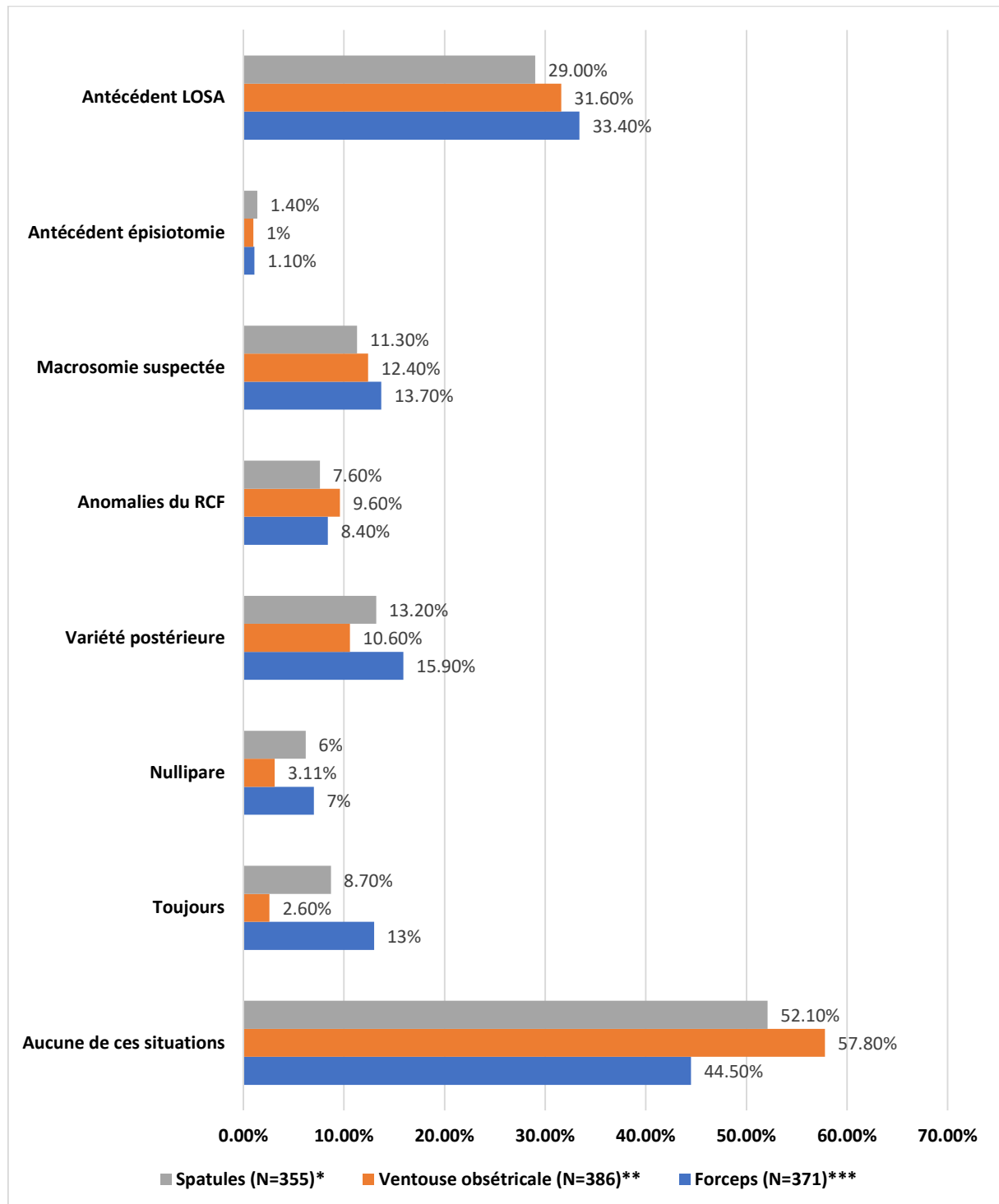


*34 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

**3 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

***18 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

Figure 2 : Fréquence déclarée d'utilisation systématique de l'épisiotomie en fonction de la situation obstétricale



*34 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

**3 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

***18 médecins exclus car ont déclarés ne pas avoir d'expérience de l'instrument

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

LOSA : lésion obstétricale du sphincter anal

Tableau 1 : Descriptif de la population (N=389)

	Effectif (% de la population totale)		
Expérience			
Moins de 5 ans			102 (26,2)
Entre 5 et 15 ans			103 (26,5)
Plus de 15 ans			184 (47,3)
	Région	Région de formation	Région d'exercice
Auvergne Rhône Alpes		38 (9,8)	38 (9,8)
Bourgogne Franche Comté		15 (3,9)	14 (3,6)
Bretagne		14 (3,6)	13 (3,3)
Centre Val de Loire		6 (1,5)	5 (1,3)
Corse		0	1 (0,3)
Grand Est		34 (8,7)	42 (10,8)
Hauts de France		36 (9,2)	30 (7,7)
Ile de France		79 (20,3)	75 (19,3)
Normandie		15 (3,9)	15 (3,9)
Nouvelle Aquitaine		15 (3,9)	16 (4,1)
Occitanie		22 (5,7)	29 (7,5)
Pays de la Loire		14 (3,6)	21 (5,4)
Provence Alpes Côte d'Azur		16 (4,1)	26 (6,7)
Départements et Territoires d'Outre-Mer		7 (1,8)	16 (4,1)
Étranger		78 (20,0)	48 (12,3)
Mode d'exercice			
Public universitaire			139 (35,7)
Public non universitaire			138 (35,5)
Privé			90 (23,1)
Mixte			22 (5,7)
Nombre d'accouchement			
Moins de 500 accouchements			15 (3,9)
500 à 999 accouchements			48 (12,3)
1000 à 1499 accouchements			58 (14,9)
1500 à 1999 accouchements			40 (10,3)
2000 à 3499 accouchements			142 (36,5)
3500 accouchements et plus			86 (22,1)
Type de maternité			
Type 1			71 (18,3)
Type 2A			92 (23,6)
Type 2B			94 (24,2)
Type 3			132 (33,9)
Activité consacrée aux accouchements			
Moins de 5% de l'activité			34 (8,7)
5 à 25% de l'activité			143 (36,8)
26 à 50% de l'activité			119 (30,6)
51 à 75% de l'activité			72 (18,5)
Plus de 75% de l'activité			21 (5,4)

Tableau 2 : Analyse uni et multivariée concernant le fait de retenir au moins une indication d'épisiotomie en cas d'accouchement non instrumental en présentation céphalique (N=389)

	Au moins une indication retenue*			
	Effectif (% de la population totale)	Au moins une indication retenue n (%)	Odd Ratio	Odd Ratio Ajusté
Expérience				
Moins de 5 ans	102 (26,2)	31 (30,4)	Réf.	
5 à 15 ans	103 (26,5)	33 (32,0)	1,08 [0,57-2,04]	-
Plus de 15 ans	184 (47,3)	68 (37,0)	1,34 [0,78-2,34]	-
Mode d'exercice				
Public universitaire	139 (35,7)	44 (31,7)	Réf.	
Public non universitaire	138 (35,5)	41 (29,7)	0,91 [0,53-1,57]	-
Privé	90 (23,1)	38 (42,2)	1,57 [0,88-2,83]	1.49 [0.89-2.49]
Mixte	22 (5,7)	9 (40,9)	1,49 [0,52-4,10]	-
Nombre d'accouchement				
Moins de 500 accouchements	15 (3,9)	9 (60,0)	Réf.	
500 à 999 accouchements	48 (12,3)	18 (37,5)	0,41 [0,10-1,52]	0,79 [0,39-1,60]
1000 à 1499 accouchements	58 (14,9)	23 (39,7)	0,44 [0,11-1,61]	-
1500 à 1999 accouchements	40 (10,3)	17 (42,5)	0,50 [0,12-1,92]	-
2000 à 3499 accouchements	142 (36,5)	42 (29,6)	0,29 [0,08-0,95]	0,60 [0,35-1,04]
3500 accouchements et plus	86 (22,1)	23 (26,7)	0,25 [0,06-0,88]	0,49 [0,26-0,91]
Type de maternité				
Type 1	71 (18,3)	25 (35,2)	Réf.	
Type 2A	92 (23,6)	32 (34,8)	0,98 [0,49-1,98]	-
Type 2B	94 (24,2)	34 (36,2)	1,04 [0,52-2,09]	-
Type 3	132 (33,9)	41 (31,1)	0,83 [0,43-1,61]	-
Activité consacrée aux accouchements				
Moins de 5% de l'activité	34 (8,7)	8 (23,5)	Réf.	
5 à 25% de l'activité	143 (36,8)	47 (32,9)	1,59 [0,64-4,38]	-
26 à 50% de l'activité	119 (30,6)	37 (31,1)	1,46 [0,57-4,10]	-
51 à 75% de l'activité	72 (18,5)	33 (45,8)	2,72 [1,02-7,94]	2,04 [1,20-3,49]
Plus de 75% de l'activité	21 (5,4)	7 (33,3)	1,61 [0,40-6,36]	-

* au moins une indication parmi les suivantes : chez la nullipare pour éviter une LOSA, en cas de périnée tonique, en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtale pour raccourcir la phase d'expulsion, en cas d'efforts expulsifs de plus de 30 minutes.

Tableau 3 : Analyse uni et multivariée concernant le recours systématique à l'épisiotomie en cas d'accouchement en présentation du siège (N=389)

Épisiotomie systématique sur siège				
	Effectif (% de la population totale)	OUI n (%)	Odd Ratio	Odd Ratio ajusté
Expérience				
Moins de 5 ans	102 (26,2)	9 (8,8)	Réf.	
5 à 15 ans	103 (26,5)	11 (10,7)	1,23 [0,44-3,54]	-
Plus de 15 ans	184 (47,3)	45 (24,4)	3,33 [1,52-8,13]	2,51 [1,39-4,53]
Mode d'exercice				
Public universitaire	139 (35,7)	11 (7,9)	Réf.	
Public non universitaire	138 (35,5)	29 (21,0)	3,08 [1,42-7,18]	2,57 [1,19-5,54]
Privé	90 (23,1)	20 (22,2)	3,31 [1,42-8,11]	2,45 [1,05-5,70]
Mixte	22 (5,7)	5 (22,7)	3,39 [0,82-12,27]	2,75 [0,81-9,35]
Nombre d'accouchement				
Moins de 500 accouchements	15 (3,9)	5 (33,3)	Réf.	
500 à 999 accouchements	48 (12,3)	15 (31,2)	0,91 [0,23-4,01]	-
1000 à 1499 accouchements	58 (14,9)	16 (27,6)	0,76 [0,20-3,31]	-
1500 à 1999 accouchements	40 (10,3)	7 (17,5)	0,43 [0,09-2,12]	-
2000 à 3499 accouchements	142 (36,5)	13 (9,1)	0,20 [0,05-0,88]	0,45 [0,22-0,89]
3500 accouchements et plus	86 (22,1)	9 (11,7)	0,24 [0,06-1,09]	-
Type de maternité				
Type 1	71 (18,3)	14 (19,7)	Réf.	
Type 2A	92 (23,6)	21 (22,8)	1,20 [0,53-2,80]	-
Type 2B	94 (24,2)	16 (17,0)	0,83 [0,35-2,01]	-
Type 3	132 (33,9)	14 (10,6)	0,48 [0,20-1,18]	-
Activité consacrée aux accouchements				
Moins de 5% de l'activité	34 (8,7)	9 (26,5)	Réf.	
5 à 25% de l'activité	143 (36,8)	21 (14,7)	0,48 [0,18-1,34]	0,55 [0,28-1,08]
26 à 50% de l'activité	119 (30,6)	17 (14,3)	0,47 [0,17-1,33]	0,53 [0,26-1,07]
51 à 75% de l'activité	72 (18,5)	15 (20,8)	0,73 [0,26-2,17]	-
Plus de 75% de l'activité	21 (5,4)	3 (14,3)	0,47 [0,07-2,24]	-

Tableau 4 : Analyse uni et multivariée concernant le recours systématique à l'épisiotomie en cas d'accouchement instrumental par forceps (N=371)

	Épisiotomie systématique si forceps			
	Effectif (% de la population totale)	OUI n (%)	Odd Ratio	Odd Ratio Ajusté
Expérience				
Moins de 5 ans	96 (25,9)	10 (10,4)	Réf.	-
5 à 15 ans	98 (26,4)	15 (15,3)	1,55 [1,61-4,09]	1,39 [0,70-2,74]
Plus de 15 ans	177 (47,7)	23 (13,0)	1,28 [0,56-3,17]	-
Mode Exercice				
Public universitaire	132 (35,6)	11 (8,3)	Réf.	-
Public non universitaire	130 (35,0)	19 (14,6)	1,88 [0,80-4,58]	-
Privé	87 (23,5)	13 (14,9)	1,92 [0,75-5,02]	-
Mixte	22 (5,9)	5 (22,8)	3,20 [0,78-11,62]	-
Nombre d'accouchement				
Moins de 500 accouchements	15 (4,0)	6 (40,0)	Réf.	-
500 à 999 accouchements	46 (12,4)	12 (26,1)	0,53 [0,13-2,23]	-
1000 à 1499 accouchements	55 (14,8)	7 (12,7)	0,22 [0,05-1,00]	0,34 [0,13-0,89]
1500 à 1999 accouchements	40 (10,8)	5 (12,5)	0,22 [0,04-1,09]	0,33 [0,11-0,99]
2000 à 3499 accouchements	133 (35,8)	10 (7,5)	0,13 [0,03-0,51]	0,19 [0,08-0,45]
3500 accouchements et plus	82 (22,1)	8 (9,8)	0,17 [0,04-0,72]	0,25 [0,10-0,63]
Type de maternité				
Type 1	69 (18,6)	6 (8,7)	Réf.	-
Type 2A	86 (23,2)	14 (16,3)	2,03 [0,68-6,85]	-
Type 2B	90 (24,3)	12 (13,3)	1,61 [0,52-5,74]	-
Type 3	126 (33,9)	16 (12,7)	1,52 [0,53-5,00]	-
Activité consacrée aux accouchements				
Moins de 5% de l'activité	30 (8,1)	2 (6,7)	Réf.	-
5 à 25% de l'activité	140 (37,7)	14 (10,0)	1,55 [0,33-14,84]	-
26 à 50% de l'activité	111 (29,9)	18 (16,2)	2,69 [0,59-25,37]	-
51 à 75% de l'activité	70 (18,9)	13 (18,6)	3,16 [0,65-30,79]	-
Plus de 75% de l'activité	20 (5,4)	1 (5,0w)	0,74 [0,01-15,19]	-