



**Collectif Interassociatif
Autour de la Naissance
(C.I.A.N.E)**

Pr Michel DREYFUS
CNGOF
cngof@club-internet.fr

Le 27 septembre 2005

Monsieur,

Des membres d'associations affiliées au CIANE ont étudié avec beaucoup d'intérêt les documents mis en circulation dans le groupe de travail du CNGOF qui s'est donné pour objectif de préparer des RPC sur l'épisiotomie. Nous sommes impressionnés par la quantité du travail accompli par les rédacteurs et par la rigueur de leurs analyses de la littérature scientifique. Il est encourageant de constater une convergence des conclusions dans le sens d'une pratique plus restrictive de l'épisiotomie. Cette tendance reflète celle observée dans des pays où les données probantes de la science ont été — du fait de la pression des usagers — plus rapidement intégrées aux pratiques des médecins et sages-femmes.

En tant que représentants des usagers, nous tenons à rappeler qu'aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (article L 1111-4 du CSP). Le soignant doit informer la femme qu'il ou elle pense préférable de faire une épisiotomie, pour telle ou telle raison, et lui demander explicitement son accord. La pratique, très répandue aujourd'hui, qui consiste à simplement dire à la parturiente « je vous fais une épisiotomie », ou encore à dissimuler cet acte pour le justifier après coup, doit être **absolument proscrite**, car contraire à la loi et à l'éthique médicale.

Dans ce document de synthèse, nous proposons un certain nombre de mesures préventives permettant d'améliorer les résultats en matière de protection du périnée, en lieu et place de l'épisiotomie prophylactique dont aucune étude n'atteste le bien-fondé. Nous pensons qu'il est utile, pour commencer, de vous faire part de quelques remarques concernant les données factuelles et certains biais méthodologiques susceptibles de conduire à des interprétations erronées de ces données.

Le premier biais à signaler — et celui le plus lourd de conséquences — est d'ordre sémantique. Sur l'un des documents, en réponse à la question « Comment réduire au maximum le taux d'épisiotomies ? », l'auteur traite pour l'essentiel d'une prévention « de l'épisiotomie » au lieu de parler de prévention des déchirures périnéales. Ce glissement sémantique très répandu dans le monde médical français est révélateur de la persistance du mythe de l'épisiotomie prophylactique « protectrice du périnée ». Sur les 225 études recensées à ce jour dans la base de données de l'AFAR (voir <http://afar.info/biblio-liens.htm>) au sujet de l'épisiotomie, deux seulement présentent des conclusions contraires au consensus de la communauté scientifique. Dans une réponse au Prof. Mellier, nous avons souligné les failles méthodologiques de ces deux études :
<http://afar.info/presse/mellier/>

Il est donc de première importance que tous les documents visent à traiter de la prévention des traumatismes périnéaux, parmi lesquels on peut compter

l'épisiotomie. L'objectif fondamental n'est-il pas qu'un maximum de femmes sortent des lieux de naissance avec un périnée intact ?

Un autre biais à signaler concerne les études comparant l'accouchement dit « physiologique » et l'accouchement « dirigé ». Or physiologie ne signifie pas coucher la femme en travail, avec monitoring, pieds dans les étriers, lui interdire de boire... Donc les études, par exemple :

* Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. C. Andrew Combs Edward, F. Murphy and Russel K. Laros, *Obstetrics & Gynecology* vol. 77, n°1, 1991

* The prevention of postpartum hemorrhage : optimising routine management of the third stage of labour. W. J. Prendiville. *Obstetrics & Gynecology* 69, 1996

* Peut-on réduire la spoliation sanguine liée à l'accouchement ? F. Pierre. *La Presse Médicale* n°44, 12, 1990

* Les hémorragies méconnues de la délivrance. P. Wangala, D. Riethmuller, S. Nguyen & al. *Revue Francaise de Gynécologie Obstétrique*, 90, 1995

sur lesquelles les médecins s'appuient pour recommander la gestion active de la 3^e phase du travail sont complètement biaisées. Elles ne comparent pas l'accouchement physiologique versus l'accouchement géré activement, mais simplement deux formes de gestion du travail :

- La première forme — celle appelée « physiologique » — impose nombre de contraintes sur le corps de la femme et sur celui du fœtus, et ensuite laisse les choses suivre leur cours... Il est évident que, dans ce cas de figure, nombre de problèmes sont induits par ces contraintes, nécessitant une intervention plus ou moins rapide,
- La deuxième forme — celle appelée « gestion active du travail » — impose les mêmes contraintes, et tout en même temps des produits et actes pouvant pallier aux conséquences éventuelles de ces contraintes. Il est tout aussi évident qu'il y aura moins de problèmes imprévus que dans le premier cas.

Il n'est donc pas possible de s'appuyer sur de telles études pour recommander la gestion active du travail comme étant une meilleure prise en charge par rapport à une attitude de gestion « physiologique » — d'autant plus que « gestion » et « physiologique » sont antinomiques... Savoir quelle est la façon la plus sécuritaire d'accompagner les accouchements nécessite de se tourner vers d'autres pays qui utilisent réellement ces deux types de pratiques.

RPC ÉPISIOTOMIE 6 : Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie (Bruno Langer, Audrey Minetti)

Ce document n'étant pas repris dans les conclusions, nous désirons nous y arrêter et insister sur certains points essentiels.

Certaines complications n'ont pas été citées. Du témoignage de femmes, nous pouvons énumérer : 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 semblent totalement absents de ce document... Pourtant ils existent, et des femmes en témoignent. Tout cela entraînant évidemment des douleurs continues ou « situation dépendantes ». Ces femmes témoignent aussi du

peu d'empressement de la part de nombre de médecins et sages-femmes consultés à prendre leur douleur en compte, du mépris souvent exprimé (« c'est dans votre tête », « allez voir un psy », « c'est un prétexte pour refuser les rapports », « buvez du champagne et partez pour Bora Bora, vous ne souffrirez plus »...), du refus de chercher une source à cette douleur (certains abcès sont découverts lors d'une déchirure survenue à l'accouchement suivant, deux ans après...). Elles témoignent d'infiltrations très douloureuses (« la pire douleur de ma vie ») qui ont rendu parfois les choses pires encore, d'opérations inutiles qui n'ont rien arrangé... Elles témoignent de serrage des fils aussi, parfois bien trop fort, du ou des « points de complaisance » pour le monsieur (qui est loin d'être un mythe au vu des témoignages reçus), qui rendent les rapports sexuels insupportables.

Elles témoignent douloureusement des retombées de « cette petite coupure de rien » sur leur vie intime, sexuelle, sur leur couple, la fratrie, leur vie sociale... Souffrir en marchant, en montant les escaliers, en s'asseyant, en faisant l'amour, souffrir tous les jours ou ne pouvoir avoir une vie de couple normale sans souffrir, durant des semaines, des mois, des années parfois, s'entendre dire par des professionnels responsables de cet état de fait que vous exagérez, que vous êtes bonne pour le psy, que vous cristallisez là tous vos problèmes... Ces femmes dont nous parlons sont des « madame tout le monde »... Rien ne les distingue des autres femmes, du moins, rien ne les distinguait avant de recevoir ce coup de ciseau dans le périnée.

Il nous faut aussi insister encore et encore sur la nécessité d'une analgésie correcte lors des sutures d'épisiotomie ou de déchirure. Il n'est pas rare que des sutures soient faites à vif, que les femmes qui crient leur douleur se voient niées dans cette douleur, méprisées... « Pensez à votre bébé » (qu'on a fort intelligemment posé sur le ventre de la maman qu'on recoud à vif), « après un accouchement sans péri, ce n'est rien cela », « la péridurale fait encore effet » (si c'était le cas, la maman ne serait pas en train de crier de douleur), « ce ne sera pas long », « arrêtez de crier vous me déconcentrez ! », « vous vous conduisez en gamine »... et ce, que ce soit pour une suture brève ou qui dure plus d'une heure, que ce soit une sage-femme, un médecin ou un interne qui pratique la suture.

Suturer rapidement pour éviter une déperdition sanguine inutile, oui. Mais que cela n'implique EN AUCUN CAS une suture sans anesthésie.

Pourquoi n'est il pas proposé systématiquement aux femmes qui ont subi une épisiotomie, ou une déchirure, l'utilisation de la xylocaine gel qui peut permettre une analgésie correcte et combien bénéfique durant les premiers jours du post partum ? Pourquoi n'y a t il pas prescription renouvelable de ce produit pour la sortie de la femme, sachant que bien souvent les douleurs durent des semaines et des semaines après l'accouchement ?

Les études ne disent pas tout, malheureusement. L'écoute des femmes en dit bien plus sur cette pratique, dont nous avons appris avec stupeur qu'elle pouvait être à l'origine de décès.

QUESTION 1 : QUEL EST LE BON TAUX D'ÉPISIOTOMIES ?

Conclusion question 1 : « Il n'existe probablement pas un bon taux global universel d'épisiotomie (Grade C). Le taux global actuel en France est trop élevé mais amorce une lente réduction qu'il convient d'accompagner par une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. »

Cette conclusion est la porte ouverte à toutes les dérives, comme par exemple parler d'épisiotomie « sélective » au taux aberrant de 50%...

Le taux d'épisiotomie que l'OMS considère comme répondant aux indications médicales avérées, le taux idéal à atteindre est de 10% ; voir sur :

http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter4.fr.html

Il n'est pas loin d'être atteint au Royaume-Uni (13%, après avoir atteint des sommets proches de nos chiffres actuels) ; il est plus qu'atteint en Suède, avec 6% pour les primipares et 1% pour les multipares.

Ces pays ne sont pourtant pas des pays où le risque d'infection en cas d'épisiotomie est majoré. Cela montre bien que le taux préconisé par l'OMS n'est en aucun cas réservé aux seuls pays en voie de développement et concerne tout autant les pays occidentaux, donc la France. Il ne peut y avoir de taux unique, mais il peut y avoir un taux à ne pas dépasser qui est de l'ordre de 10%. Il n'y a aucune base scientifique qui permette de fixer un seuil supérieur à celui déterminé par l'OMS. La pratique de ces deux pays occidentaux montre bien que ces taux sont accessibles, avec la volonté affirmée de tout mettre en œuvre pour le réaliser. Les différents textes proposés à la relecture démontrent bien qu'il n'y a aucune indication incontournable qui oblige à la réalisation d'une épisiotomie systématique.

Selon le texte « RPC 3 : INDICATIONS », il est avéré qu'une politique d'épisiotomies « libérales » ne présente aucun des avantages prévus, pour les accouchements à bas risques. Et, de la même façon, dans les indications obstétricales spécifiques « reconnues » — les manœuvres obstétricales, la macrosomie présumée, les extractions instrumentales, les présentations dystociques : variété occipito-sacrée, présentation de la face, siège, la gémellité, les périnées à risque, l'état fœtal non rassurant avéré, la prématurité —, les études montrent que l'épisiotomie systématique ne s'impose en aucune façon.

A noter toutefois que les auteurs de ce document réservent dans de nombreux cas la possibilité de décision du soignant sous la forme de « l'avis d'expert ». C'est aussi la porte ouverte à de nombreuses dérives, dans la mesure où la systématisation de l'épisiotomie prophylactique était elle aussi un avis d'expert.

Le cas du « périnée court » nécessiterait des recherches plus approfondies, car les quelques études mentionnées nous semblent largement insuffisantes pour prôner une épisiotomie systématique dans ce cas de figure, d'autant qu'on ne sait si elles intègrent des variables telles que la position de la mère lors de l'expulsion, l'utilisation d'ocytociques, de péridurale, de poussées dirigées, ou d'expressions abdominales — liste non exhaustive. Chacun de ces facteurs peut influencer et biaiser les résultats. De plus, la fréquence de ce type de périnée n'est absolument pas signifiée, mais semble rarissime aux dires de professionnels contactés pour supplément d'information (puisque'il n'existe aucune donnée à ce sujet disponible sur internet) ; s'il s'avérait que le périnée court soit une indication médicale démontrée, il semble donc que cela n'augmente pas de façon significative le taux d'épisiotomies nécessitées médicalement.

En conséquence de quoi, si en cas d'accouchement à bas risque, ou en cas d'accouchement reconnu comme étant usuellement d'indication pour l'épisiotomie, la politique est de n'agir qu'au cas par cas, en tenant compte des spécificités de

chaque femme, de chaque accouchement, en n'augmentant pas les risques par des positions ou actes obstétricaux potentiellement nocifs pour le périnée (voir ci dessous), le taux d'épisiotomie prôné par l'OMS semble tout à fait accessible.

Nous nous inquiétons du refus du comité de prendre en compte ces données. Nous nous inquiétons vraiment de voir les professionnels chargés d'émettre ces recommandations, destinées à valider les bonnes pratiques, refuser de prendre en compte les travaux faits depuis plus de 20 ans sur le sujet par l'OMS et l'*Evidence Based Medicine*, ainsi que l'expérience de pays qui ont beaucoup à nous apprendre sur la question.

Notre Conclusion question 1 : Le taux global actuel en France est trop élevé mais amorce une lente réduction qu'il convient d'accompagner et d'accélérer par une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Il convient de tout mettre en œuvre pour accentuer la baisse de ce chiffre (ne pas oublier que chaque année, ce sont des milliers de périnées coupés pour rien, et un nombre inestimé de femmes qui en souffrent plus que les quelques semaines admises)... L'objectif à atteindre est de l'ordre du taux recommandé par l'OMS, 10%, objectif presque réalisé au Royaume-Uni et dépassé de loin en Suède.

QUESTION 2 : PEUT-ON AGIR SUR LES PROFESSIONNELS POUR RÉDUIRE LE TAUX D'ÉPISIOTOMIE ?

Conclusion question 2 : « Un programme d'amélioration continue de la qualité des soins portant sur l'épisiotomie englobant différentes actions : formations, audits, présence d'un leader, rétro information par professionnel de son taux d'épisiotomies, a des chances de réduire le recours à une telle pratique de soin (Grade B). Des études randomisées sur le sujet sont nécessaires. »

Un facteur d'évolution semble totalement omis ici : le consentement éclairé et surtout son envers : le refus des femmes. Il se sait de plus en plus que l'épisiotomie est un acte inutile le plus souvent, qui peut induire des pathologies post partum et des douleurs pouvant durer des mois. Il se sait de plus en plus que la loi et le code de déontologie médicale donnent toute latitude aux femmes de décider ELLES MEMES si on leur coupera le périnée ou non. Il se sait de plus en plus que si les praticiens passent outre le consentement éclairé, il y a des recours.

Le poids des médias, la présence de plus en plus prégnante d'internet qui diffuse l'information et permet aux femmes de se rencontrer et de partager leurs expériences, les associations qui se regroupent dans un but commun sont des facteurs non négligeables d'évolution des pratiques. La diffusion des recommandations émises par l'HAS sur l'épisiotomie auprès des médias et sur internet ne sera pas sans conséquence sur les femmes, et donc par ricochet sur cette pratique qui les concernent en premier.

Cependant, **plus que tout, il faut modifier en profondeur l'enseignement dispensé aussi bien aux médecins qu'aux sages-femmes** sur la question. Tant qu'ils apprendront que l'épisiotomie protège le périnée des déchirures périnéales gravissimes, qu'une incision « propre et nette » est meilleure qu'une déchirure (alors que se développe une technique de « déchirure » lors des césariennes, qui cicatrise mieux et cause moins de douleurs), tant qu'il sera enseigné et montré que la position en décubitus dorsal est la seule envisageable et la meilleure pour accoucher, tant que les élèves sages-femmes auront un quota minimum d'épisiotomies (sur un nombre fixe de femmes...) à faire subir aux patientes dans le cadre de leurs études, tant que

ne sera pas affirmé et réaffirmé le fait que la femme a le droit imprescriptible de choisir si son périnée subira une incision ou pas (entre autres), et que tout personnel soignant qui outrepassé ce droit peut se voir demander des comptes en justice et devant l'ordre des médecins, il est à craindre que cela soit très difficile de faire bouger les choses, puisque les étudiants apprendront une chose et devront pratiquer à l'inverse de ce qu'ils auront appris.

Notre Conclusion question 2 :

Il serait nécessaire de rechercher dans la littérature s'il existe des études montrant le caractère « opérateur-dépendant » de l'épisiotomie.

Un programme d'amélioration continue de la qualité des soins portant sur l'épisiotomie englobant différentes actions :

** modification essentielle et urgente des formations professionnelles des sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, professionnels autour de la naissance et des formations continues,*

** modification essentielle et urgente des cours de « préparation à l'accouchement », des informations données aux médias que ce soit par les voies de la télévision, de la presse, de la radio, d'internet — notamment sur les sites de professionnels,*

(ces deux points devant inclure systématiquement le fait que le consentement éclairé de la patiente est un incontournable dans tous les cas de figure)

** audits,*

** présence d'un leader,*

** rétro information par chaque professionnel de son taux d'épisiotomies,*

** affichage public ou disponible sur simple demande des chiffres de chaque maternité : taux d'épisiotomies, de péridurale, de position couchée imposée, de déclenchement, de forceps, de césariennes,*

** suivi d'une année sur l'autre de ces chiffres par un organisme tel que l'Audipog avec possibilité de publication accessible...*

Liste non exhaustive, actions qui doivent permettre de réduire de façon importante et irréversible le recours à la pratique de l'épisiotomie.

QUESTION 3 : EXISTE-T-IL DES INTERVENTIONS ANTÉNATALES POUR RÉDUIRE LES TRAUMATISMES PÉRINÉAUX ?

Conclusion question 3 : « Le massage périnéal en cours de grossesse semble une intervention intéressante notamment chez la femme primipare de plus de 30 ans pour réduire le recours aux épisiotomies, mais d'autres études sont nécessaires pour apprécier la réduction du recours aux épisiotomies liée à une telle pratique préventive dans notre population (Grade B). Nous manquons de données scientifiques pour conseiller une rééducation périnéale en cours de grossesse (Grade B) et l'effet bénéfique d'une préparation à l'accouchement sur le périnée reste à évaluer (Grade C). »

Il y a 4 études randomisées sur le sujet. Lorsque les variables de sortie étudiées sont les déchirures visibles à l'examen après l'accouchement, le massage périnéal semble avoir un effet protecteur sur les primipares et les multipares ayant subi une épisiotomie lors d'un accouchement précédent. Il y a globalement plus de périnées intacts. Les déchirures visibles sont aussi un sujet de détérioration de l'image de soi et de plus une incitation du praticien à exécuter une suture. Or, dans une déchirure ou une épisiotomie, ce qui est le plus douloureux ce sont les points superficiels sur la peau.

Mais les mêmes auteurs de l'une de ces études randomisées ont été surpris par les résultats obtenus en prenant en compte d'autres variables que l'état visible du

périnée juste après l'accouchement. A 3 mois post-partum, ils ont étudié la douleur, dyspareunie, satisfaction sexuelle, incontinences. Or, selon ces critères, le massage périnéal anténatal n'a aucun effet.

Il convient de ne pas oublier que les études qui ont examiné les dommages sur les sphincters se sont aperçus que la très grande majorité des déchirures sont internes, non visibles à l'examen normal.

I. Analyse des données de médecine factuelle

Pour resituer le problème, ce qui est important pour les femmes et pour leurs compagnons est certes l'état du périnée (visible ou sensible) juste après l'accouchement, mais également les séquelles à court, moyen, et long terme : l'intensité et la durée des douleurs, les difficultés pour marcher ou rester assise, les dyspareunies, les problèmes d'incontinence.

Les quelques études randomisées contrôlées ayant étudié l'impact du massage périnéal anténatal (plus précisément, de l'étirement des tissus vulvaires et partiellement vaginaux) aboutissent au même résultat : ce massage protège le périnée des primipares, au sens où il y a plus de périnées intactes, et moins de déchirures du premier et second degré. Pour les déchirures sévères les résultats ne sont pas clairs.

Pour les multipares le massage ne semble guère avoir d'impact.

Déjà, à ce niveau, on ne peut pas dire que le massage périnéal soit la panacée puisqu'il ne protège pas significativement des déchirures les plus graves.

Plusieurs publications ont montré que les taux réels de déchirures sont bien plus importants que ce que l'on diagnostique visuellement, car la grande majorité sont internes (endosonographie). Cela jette déjà un sérieux doute sur la validité qu'il y a à mesurer l'impact du massage périnéal anténatal à partir des déchirures visibles.

Parmi les chercheurs ayant réalisé ces études randomisées, l'équipe québécoise du Professeur Labrecque a publié un second article étudiant les séquelles à trois mois post-partum : douleur, dyspareunie, insatisfaction sexuelle, incontinence urinaire et fécale (« *Randomized trial of périnéal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery* ». Am J Obstet Gynecol. 2000, 182 (1 Pt 1), p. 76-80). En prenant en compte ces variables plutôt que l'évaluation visuelle de l'état du périnée immédiatement après l'accouchement, cette équipe trouve que le massage périnéal n'a aucun impact pour les primipares, et entraîne tout juste un peu moins de douleur pour les multipares, mais pas moins de dyspareunies.

La conclusion correcte face aux données existantes est donc que le massage périnéal ne protège pas le périnée des séquelles à moyen terme. Nous doutons fort, au vu des études, que des étirements réguliers à l'huile d'olive ou autre aient un effet autre que superficiel et dans les suites de couche immédiates.

Il nous paraît important que le groupe d'étude du CNGOF se penche sur d'autres possibilités de protection du périnée. Les principaux pourvoyeurs de déchirures sévères sont les forceps ou les spatules, et les naissances extrêmement rapides.

Ne faudrait-il pas engager une réflexion sur la diminution des extractions au forceps, sans pour autant augmenter encore le taux de césariennes, et sur le rôle de la sage-

femme lors des naissances dite « en boulet de canon » ? N'y a-t-il pas d'autres facteurs de risque qui seraient modifiables ?

D'autre part, nous manquons d'études sur « la perception/l'image du corps et le niveau de confiance vis-à-vis de celui-ci avant et après l'enfantement ». Cet aspect, plus psychologique que physique, devrait renvoyer aux praticiens que l'enfantement n'est pas que physique, sans n'être que psychologique, bien sûr.

L'étirement prénatal du périnée « oblige » la femme et son compagnon à « entrer en contact » avec le corps « en transformation » durant la grossesse. N'est-ce pas seulement cet aspect-là qui modifie quelque peu les statistiques ?

II. Un massage pour prévenir les épisiotomies prophylactiques

Il est très largement démontré dans la littérature scientifique que l'épisiotomie prophylactique ne protège pas des déchirures sévères. En ce qui concerne les déchirures du premier et second degré, on peut conclure qu'il vaut mieux une déchirure superficielle qu'une épisiotomie, car une épisiotomie est équivalente à une déchirure du second degré. Les épisiotomies et les déchirures ne montrent pas de différence sur le long terme, par contre dans les suites immédiates, la déchirure est moins mal vécue que l'épisiotomie.

Un périnée qui a subi une épisiotomie ne peut pas être considéré comme intact.

Nous nous étonnons donc de voir le massage périnéal anténatal présenté comme une prévention à l'épisiotomie, plutôt que comme une protection possible du périnée. Les deux problématiques ne sont pas couplées.

III. Impact au niveau des pratiques

Pour résumer, de manière générale ni l'épisiotomie prophylactique ni le massage périnéal ne diminuent les séquelles, du moins à trois mois post-partum. De plus, ce geste a un effet pervers avéré, tout comme l'épisiotomie d'ailleurs : ancrer l'idée que la femme n'est pas « bien faite » puisqu'autrefois il fallait couper pour que bébé passe, et aujourd'hui il faudrait passer des heures à se distendre l'anneau vulvaire durant la grossesse pour éviter toute déchirure...

Sur ces bases, nous nous inquiétons de l'éventuel remplacement de l'épisiotomie prophylactique par le massage périnéal anténatal. Nous voyons assez bien que par simplification il pourrait être présenté comme une quasi obligation lors des cours de préparation à l'accouchement. Nous voyons aussi que si le périnée d'une femme se déchire pendant l'accouchement elle aurait une chance non négligeable d'entendre : « C'est de votre faute, vous n'avez pas fait les massages correctement ». Ce n'est hélas pas une exagération, nous avons une profusion de témoignages dans lesquels les femmes en couches sont culpabilisées, y compris lorsque la dilatation stagne.

Ce massage pourrait être présenté comme une possibilité lors des cours de préparation à l'accouchement, mais uniquement comme une proposition, en ayant informé loyalement les femmes enceintes de son inefficacité au niveau des séquelles à moyen terme. Son impact semble être plus psychologique qu'autre chose, pouvant éventuellement rassurer certaines femmes, voir les soignants.

Dans I., la référence à l'endosonographie ne devrait pas être interprétée comme une possibilité de dépistage systématique.

De toute façon, si 30 à 40% des primipares ont des déchirures occultes atteignant les sphincters anaux, une faible proportion seulement ont des problèmes d'incontinence à long terme. Or l'endosonographie ne permet pas de savoir quelles femmes auront des séquelles sur le long terme. C'est bien évidemment un examen très invasif qui ne devrait pas être généralisé systématiquement. Par contre, les femmes devraient être assurées de pouvoir revenir consulter en étant bien accueillies, même plusieurs mois après leur accouchement.

IV. Les réactions des femmes et de leur compagnons

Si le massage périnéal anténatal est présenté, comme il l'est en général (il y a un véritable engouement dans certains pays), protecteur du périnée, il est clair que beaucoup de femmes vont le pratiquer et en diront du bien dans les jours qui suivent l'accouchement (voir Labrecque M, Eason E, Marcoux S., « *Women's views on the practice of prenatal perineal massage* », BJOG. 2001, vol. 108, n°5, p. 499-504).

Si il est présenté loyalement, comme n'ayant aucun effet sur les séquelles à moyen terme, ou si les femmes sont interrogées plusieurs mois après l'accouchement, la réponse sera sûrement différente.

Nous avons interrogé des femmes et des hommes à propos de ce massage, sans leur dire si il est démontré qu'il protège le périnée ou pas. Nous vous faisons part des réactions les plus importantes.

- Après avoir vu les schémas explicatifs, il y a une quasi unanimité sur le fait que le terme « massage » est inapproprié. Il ne s'agit pas d'un massage, mais d'un étirement du périnée, à la rigueur d'un échauffement. **Il serait judicieux d'employer les mots qui correspondent réellement à l'acte.**

- Pratiquer cet exercice avec l'énorme ventre de fin de grossesse, en étant relaxe en plus, paraît assez acrobatique. Il serait plus judicieux que ce soit le compagnon qui le fasse, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pratiques (enfants dans une autre pièce ou dormant, horaires de travail, etc...), et suppose une bonne entente dans le couple et peu de pudeur.

- Certaines femmes sont partantes pour faire cet exercice, malgré la contrainte quotidienne, car elles croient qu'ainsi elles ne déchireront pas. Si en pratique elles déchirent malgré tout, l'impact psychologique risque d'être très négatif (sentiment de trahison entre autres).

- Nous n'avons eu aucune réponse ou des femmes disent que cet exercice est agréable, il semble plutôt désagréable. Les femmes qui en gardent un bon souvenir sont celles qui ont aménagé cela comme un jeu avec leur compagnon.

- Certains compagnons réagissent très négativement, trouvant cette préparation « barbare » ou « violente ».

- Certaines femmes réagissent négativement également, ne souhaitant pas passer la fin de leur grossesse obnubilée par leur périnée plutôt que par leur contact physique et psychique avec leur bébé.

- Il est bon de rappeler qu'au moins un cinquième des femmes ont subi des abus sexuels. Pour elles une certaine délicatesse serait bienvenue. Souvent elles sont surtout mobilisées intérieurement pour se préparer à l'idée d'accoucher par voie basse. C'est déjà beaucoup. Imposer ou conseiller fortement le massage périnéal risquerait d'avoir plutôt un impact négatif psychologique et donc sur le bon déroulement de l'accouchement.

Les études ne prouvent pas l'efficacité du massage périnéal pendant la grossesse, et donc il serait malvenu d'en prôner la pratique systématique comme une méthode de prévention des déchirures, encore moins comme prévention « de l'épisiotomie ». Cela revient à remplacer un « geste de médecin » par un « soin de sage-femme », dans cette logique de « il faut faire quelque chose », au lieu de se demander ce qu'on pourrait faire « en moins » : poussées dirigées, etc.

Cela dit, les difficultés que rencontrent les femmes au moment de l'expulsion (en plus de celles créées par les interventions) dépendent en partie de leur image corporelle, de leur vécu, de leur histoire familiale et intime, des sécrétions hormonales associées à ce qu'elles vivent dans cet événement, de tant de facteurs... Tout cela étant impossible à évaluer puisqu'il faudrait prendre en compte le vécu pendant la grossesse. Les femmes qui « prennent soin » d'elles pendant la grossesse en associant l'étirement du périnée à la sécrétion des hormones auront plus de facilité au moment de l'expulsion. Par contre, associer l'étirement du périnée à un « exercice de préparation » n'est pas productif, selon les études.

Quelques références clés :

Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, Laperriere L.
Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol. 1999, 180 (3 Pt 1), p. 593-600.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10076134&query_hl=1

Labrecque M, Eason E, Marcoux S.
Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery.
Am J Obstet Gynecol. 2000, 182 (1 Pt 1), p. 76-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10649159&query_hl=1

Davidson K, Jacoby S, Brown MS.
Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000, vol. 29, n°5, p. 474-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11012126&query_hl=1

Labrecque M, Eason E, Marcoux S.
Women's views on the practice of prenatal perineal massage.
BJOG. 2001, vol. 108, n°5, p. 499-504.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11368136&query_hl=1

Notre Conclusion question 3 : *Les données factuelles ne permettent pas, dans une démarche scientifique, de répandre cette technique du massage périnéal en prophylaxie des déchirures périnéales. De plus, le nom qui lui est donné ne correspond pas à la réalité du geste. Il conviendrait de l'appeler plus justement « Etirements périnéaux », et d'utiliser ce nom lors de la présentation de cette pratique. D'autres études sont nécessaires, mais il ne faut pas perdre de vue l'effet pervers possiblement attaché à cette pratique. Nous manquons de données scientifiques pour conseiller une rééducation périnéale en cours de grossesse (Grade B) et l'effet bénéfique d'une préparation à l'accouchement sur le périnée reste à évaluer (Grade C).*

QUESTION 4 : EXISTE-T-IL DES INTERVENTIONS PER PARTUM POUR RÉDUIRE LES TRAUMATISMES PÉRINÉAUX ?

Conclusion Question 4 : « Le soutien continu des femmes par un même professionnel pourrait réduire le recours aux épisiotomies mais pas le recours à une suture périnéale (Grade A). On ignore l'incidence des différentes préparations à l'accouchement sur les issues périnéales (Grade C). Les données scientifiques sont insuffisantes pour prôner le massage périnéal en cours de travail pour réduire le recours aux épisiotomies (Grade B). Le faible recours à l'épisiotomie est en faveur des positions latérales ou verticales pendant la 2^e phase du travail mais les bénéfices et risques des positions maternelles devraient être expliqués aux femmes avant l'accouchement (Grade A). Les évidences scientifiques sont insuffisantes pour conseiller un type particulier de poussée ou un mode de dégagement de la tête fœtale, pour prévenir le recours aux épisiotomies (Grade B). D'autres études randomisées de puissance suffisante sont nécessaires pour évaluer le bien fondé de toutes ces interventions à visée préventive sur le recours aux épisiotomies. »

I. Comment réduire la fréquence des situations dans lesquelles le périnée est à risque de déchirures ?

Ce qui induit les déchirures d'un muscle ou d'un ensemble de muscle est de le soumettre à :

- des tensions inhabituelles et prolongées
- des efforts dans des conditions inappropriées
- un effort violent et brutal

Nombre d'essais suggèrent fortement que coucher la femme en position décubitus les pieds dans les étriers augmente les traumatismes du périnée (Stewart et al. 1983, Liddell & Fisher 1985, Chen et al. 1987, Johnstone et al. 1987, Gardosi et al. 1989ab, Stewart & Spiby 1989, Crowley et al. 1991, Allahbadia & Vaidya 1992, Bhardwaj et al. 1995, voir sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter4.fr.html)... parce que les muscles du périnée ne sont pas conçus pour travailler dans la position qu'on leur impose.

Il est important de signaler que, dans les études, on désigne par « position verticale » toute position autre qu'allongée. Toutefois, dans la majorité des cas, la seule position « verticale » prise en compte, pour des raisons de protocole expérimental, est celle assise sur le « siège hollandais », dont il est prouvé qu'elle accentue les risques de déchirure. Toujours pour des raisons de protocole, ne sont pas pris en compte les accouchements où les femmes ont la liberté de choix des positions, ni la liberté de changement de position, alors que les observations de la mécanique obstétricale (et

de nombreux témoignages de femmes) tendent à montrer que les changements spontanés de position de la mère ont une influence positive sur la progression et la présentation du fœtus.

Le Dr C. Lucas et le Professeur Claude Racinet, dans un article « Positions maternelles pour l'accouchement » (publié dans « 1998. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Tome XXII », résumé sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUMA_98.HTM) signale qu'une analyse récente et « complète » (mais très hétérogène) met en relief que la position verticale est associée à une moins grande fréquence des déchirures périnéales du 3^e degré et une moins grande fréquence des extractions par forceps... donc à un périnée en meilleur état. Mais cette analyse ne tient pas compte apparemment des dommages intrinsèquement causés par la position en décubitus dorsal, pieds dans les étriers. Dans « La physiologie du réflexe expulsif » (les Dossiers de l'Obstétrique, n°325, 2004), le Docteur Bernadette de Gasquet démontre bien en quoi cette position « décubitus dorsal » est nocive et responsable de nombreux dégâts périnéaux imputés à tort à l'accouchement par voie basse.

La femme est faite pour accoucher par voie basse, et pourtant aujourd'hui en France de nombreux médecins spécialistes (proctologie, périnéologie, urologie) en viennent à demander que des césariennes soient pratiquées plus souvent pour épargner les périnées. Mais bien peu remettent en cause la position décubitus dorsal et certains gestes obstétricaux responsables de ces dégâts très fréquents.

Cette position, imposée dans 99% des maternités françaises, est source avérée de nombre de problèmes qui ont des retentissements directs ou indirects sur l'état du périnée :

- **corps maternel immobilisé**, donc ne pouvant plus s'adapter et faciliter le passage du bébé par des positions qui changent suivant la progression du travail. Travail perturbé et nécessité d'intervenir parfois, trop souvent, pour pallier aux conséquences pathologiques induites.

Ces interventions, et notamment :

* expression abdominale

* poussée en inspiration bloquée

* extractions instrumentales, épisiotomie sont causes fréquentes de délabrement périnéal à moyen et long terme.

L'Association Française d'Urologie considère l'accouchement par voie basse comme le plus grand pourvoyeur d'incontinences. Il est précisé que « ... les forceps ou l'expression abdominale ("un geste que l'on devrait proscrire") peuvent provoquer des dégâts périnéaux importants. »

<http://www.shf-france.org/iblog/B1888685137/C972079501/E492521768/>

- **fœtus entravé** dans sa progression et sa rotation par l'immobilité et la position du corps maternel, par la rupture prématurée de la poche des eaux, par la péridurale, donc risques de blocages (imputés alors à la taille du bébé, de sa tête, ou à sa position de présentation...), et de souffrances fœtales augmentées, entraînant la nécessité d'intervenir et de sortir le bébé au plus vite

- **douleurs décuplées**, donc nécessité souvent de recours à la péridurale et aux ocytociques, avec les effets secondaires afférents, pratiques qui imposent la nécessité de la position couchée pour surveillance, et augmentent les risques de blocage du bébé, de dystocie, de non progression, de non-ouverture du col... Ce qui aboutit à

l'utilisation des extractions instrumentales et épisiotomies, facteurs avérés de déchirures gravissimes du périnée.

La femme n'est pas faite pour accoucher à plat dos. Son corps, sa physiologie nécessitent d'être en mouvement et en changement de positions pour permettre un passage plus facile et rapide de l'enfant. Pour ménager au mieux l'état de la mère — y compris son périnée — et de l'enfant, il importe avant tout de respecter l'autonomie et la liberté de mouvements de la mère jusqu'à la naissance du bébé.

- <http://www.maternitywise.org/guide/>

- <http://users.swing.be/carrefour.naissance/biblio/AccIndien2.htm>

- [http://www.who.int/reproductive-](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html)

[health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html)

Dans les « Classifications des pratiques autour de la naissance », la position en décubitus dorsal telle qu'utilisée continuellement dans les maternités est classée dans le chapitre « Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer ».

- « Positions maternelles pour l'accouchement », Dr.C.Lucas et Pr.C.Racinet. Mises à Jour en Gynécologie obstétrique — 1998

- « La physiologie du réflexe expulsif », Dr. B.de Gasquet. Les Dossiers de l'Obstétrique n°325, 2004

- Posters affichés dans les maternités anglaises :

<http://afar.info/posters/positions/>

Un article du Dr. B. de Gasquet, « Installation de la parturiente et postures pendant le travail », pertinent mais encore timide sur le sujet, explique bien la nécessité d'abandonner le décubitus dorsal :

<http://www.jpgetarbes.com/detail/archives/02070101.asp>

II. Comment réduire la fréquence des situations dans lesquelles le médecin est amené à pratiquer une épisiotomie ?

Tout ce qui permet une sécrétion libre d'ocytocine et donc d'endomorphines, tout ce qui réduit le stress de la femme en travail est à favoriser. L'adrénaline, antagoniste de l'ocytocine, est spontanément libérée en cas de stress, et peut induire ralentissement voire blocage du travail.

Tout ce qui permet une bonne oxygénation de la mère donc du fœtus est à favoriser.

Tout ce qui autorise un libre mouvement du bassin facilitant voire permettant l'engagement, la rotation, la descente du fœtus est à favoriser.

Voir la classification des pratiques de l'OMS :

[http://www.who.int/reproductive-](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html)

[health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html)

corroborée en tout point par l'*Evidence Based Medicine*, synthétisé dans un best seller anglais : « A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth » libre d'accès sur :

<http://www.maternitywise.org/guide/>

Dans cet ordre d'idée :

* favoriser l'accompagnement global par une sage-femme ou un médecin généraliste du début de la grossesse au post partum ; la sage-femme est l'interlocutrice

privilegiée pour toute grossesse normale, l'obstétricien est le spécialiste des pathologies. Le suivi global limite la tendance à « pathologiser » la grossesse et l'accouchement.

* ne pas limiter leur mobilité, permettre la suspension, l'étirement, le balancement, et surtout ne pas imposer la position couchée en décubitus dorsal,

* permettre le bain autant que besoin, la douche aussi,

* permettre l'accompagnement par le compagnon ou / ET une personne de confiance

* préférer la voie d'accès (qui permet le mouvement et les changements de position) à la perfusion,

* permettre de boire voire de manger si besoin...

La première prévention des traumatismes périnéaux, spontanés — déchirures — ou induits — épisiotomie — consiste à ne pas coucher la femme en travail à plat dos, pieds dans les étriers, mais de la laisser libre de choisir les positions de travail et d'expulsion.

Notre Conclusion Question 4 : Le soutien continu des femmes par un même professionnel, sage-femme ou médecin, pourrait réduire le recours aux épisiotomies mais pas le recours à une suture périnéale (Grade A). On ignore l'incidence des différentes préparations à l'accouchement sur les issues périnéales (Grade C). Les données scientifiques sont insuffisantes pour prôner le massage périnéal en cours de travail pour réduire le recours aux épisiotomies (Grade B). Les études et la pratique d'autres pays montrent sans contestation possible que la position en décubitus dorsal est source de nombre de problèmes qui retentissent souvent de façon directe ou indirecte sur le périnée. Dans le cadre d'une politique de protection du périnée, il est prépondérant de diffuser une information fiable et avérée à ce sujet, et de favoriser la mobilité et les changements de position des femmes en travail, durant tout le travail.

Les données scientifiques sont insuffisantes pour conseiller un type particulier de poussée ou un mode de dégagement de la tête fœtale, pour prévenir le recours aux épisiotomies (Grade B). Il convient donc, une fois de plus, de laisser la femme suivre ses besoins, et d'être juste là, attentif et sans agir si rien n'appelle strictement à une intervention. Il serait bénéfique de se tourner vers les pays qui pratiquent ainsi depuis des années pour tirer parti de leur expérience.

Conclusion globale

« Le taux global d'épisiotomies en France est considéré par tous comme étant trop élevé, pour autant, il est impossible de dire quel serait le bon taux global d'épisiotomies en France. La mise en place d'un programme global d'amélioration continue de la qualité des soins pour réduire le recours aux épisiotomies nous paraît souhaitable. Le taux d'épisiotomies pourrait être un indicateur de qualité utilisé dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles mis en place en avril 2005 en France et pour la version 2 de l'accréditation. La majorité des interventions possibles pour réduire le recours aux épisiotomies, en cours de grossesse ou au cours du travail manque d'évidences scientifiques solides pour recommander ces pratiques de façon systématique, en dehors de protocoles de recherche, en dehors de la position maternelle pendant la 2^e phase du travail. Les usagers de la santé devraient être informés du risque d'épisiotomies et d'autres complications liés aux différentes pratiques obstétricales pour "cogérer" leur accouchement, en cas de femme à bas risque obstétrical (analgésie, position maternelle, etc.). »

Nos conclusions globales

** Le taux global d'épisiotomies en France est considéré par tous comme étant trop élevé. **Les taux du Royaume-Uni (13%) et la Suède (6%) démontrent bien que le taux de 10% posé par l'OMS est accessible**, pour peu que il soit pratiqué une politique cohérente et concertée mettant en jeu tous les moyens possibles pour l'atteindre.*

** La mise en place d'un programme global d'amélioration continue de la qualité des soins pour réduire les risques de traumatismes périnéaux (déchirures et épisiotomies) nous paraît indispensable.*

** Le taux d'épisiotomies DOIT être un indicateur de qualité utilisé dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles mis en place en avril 2005 en France et pour la version 2 de l'accréditation.*

** Pour permettre une évolution favorable de la situation, **il est incontournable que les enseignements des personnels soignants qui œuvrent en salle de travail soient modifiés en ce sens**, ainsi qu'exposé dans ce document.*

** La majorité des interventions possibles pour réduire le recours aux épisiotomies, en cours de grossesse, manque d'évidences scientifiques solides pour recommander ces pratiques de façon systématique, en dehors de protocoles de recherche. La position en décubitus dorsal est à proscrire, hors pathologie qui soit incompatible avec cette position, car elle est la source de nombreux problèmes qui tendent entre autres à nuire au périnée de façon directe ou indirecte.*

** Par contre, suivant les recommandations de l'OMS, de l'Evidence Based Medicine, suivant la pratique d'autres pays, il apparaît très nettement qu' il est possible d'agir en cours de travail en vue de diminuer les atteintes périnéales, et les risques de recours à l'épisiotomie.*

** Les usagers doivent être informés, suivant les modalités légales actuelles, du risque des épisiotomies, des effets nocifs induits parfois par ce geste, et d'autres complications liés aux différentes pratiques obstétricales. Cette information ouvre des choix inhabituels en France, et permet que la femme devienne véritablement actrice de son accouchement. Cette pratique, recommandée par l'OMS, est d'usage courant dans nombre de pays dont le Royaume-Uni, sous le nom de « birth plan », et connue en France sous le nom de « projet d'accouchement » (ou « projet de naissance ») ; lequel n'est que le reflet de la mise en application de la loi sur le consentement éclairé.*

** Il nous semble impératif aussi que les femmes soient informées qu'une anesthésie lors de la suture de leur traumatisme périnéal (déchirure ou épisiotomie) est possible rapidement, évitant de saccager les premiers instants par une souffrance insupportable induite par des gestes de soignants.*

** L'information dispensées aux médias, aux femmes enceintes, durant les cours de préparation à l'accouchement doit être radicalement modifiée dans le sens exposé lors de cette Recommandation de Pratique Clinique.*

Le Groupe de travail « Épisiotomie » du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) :

Françoise BARDES
Bernard BEL
Paul CESBRON
Caroline FEL
Gilles GAEBEL
Cécile LOUP
Max PLOQUIN
Blandine POITEL
Chantal SCHOUWEY
Patrick STORA