



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGE-FEMME DE POITIERS

ETUDE DES TECHNIQUES DE SUTURE PERINEALE, ET LES RAISONS INFLUENÇANT LES CHOIX

Menée du 17/07/2017 au 03/12/2017 au CHU de POITIERS

Mémoire présenté

Par M^{me} SANSON Caroline

Née le 16 septembre 1995

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2018

Directeur de mémoire : Docteur Bertrand GACHON

UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGE-FEMME DE POITIERS

ETUDE DES TECHNIQUES DE SUTURE PERINEALE, ET LES RAISONS INFLUENÇANT LES CHOIX

Menée du 17/07/2017 au 03/12/2017 au CHU de POITIERS

Mémoire présenté

Par M^{me} SANSON Caroline

Née le 16 septembre 1995

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2018

Directeur de mémoire : Docteur Bertrand GACHON

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, mon directeur de mémoire, le Docteur GACHON Bertrand, pour m'avoir guidé dans ce mémoire, pour sa disponibilité et sa rigueur de travail.

Je n'aurais certainement pas eu autant d'inclusions sans l'aide précieuse de Monsieur le Professeur PIERRE. Merci pour son soutien sans relâche et ses encouragements.

Merci également à l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Poitiers pour les conseils et leur encadrement tout au long de la formation. Je tiens à remercier spécialement ma tutrice de mémoire, Mme PAPIN Sonia, par sa présence, ses encouragements et son aide remarquable.

Merci aux sages-femmes, médecins et internes pour leur participation.

Je remercie Mme DUCLOS pour son aide à la réalisation du résumé en anglais.

Merci également à ma famille qui, par leur soutien, m'ont permis d'arriver jusque là. Et particulièrement Thomas qui a su m'encourager dans toutes les épreuves.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION ET HYPOTHESE	6
2. METHODOLOGIE	10
2.1 – Objectifs	11
2.2 – Schéma d'étude	11
2.3 – Population	11
2.4 – Déroulement de l'étude	12
2.5 – Variables	12
2.6 – Critères de jugement	13
2.7 – Statistiques	13
2.8 – Aspects éthiques	13
3. RESULTATS	14
3.1 – Les professionnels de santé	15
3.1.1 – Description de la population	15
3.1.2 – Pratiques générales de sutures selon les professionnels	15
3.1.3 – Formations des professionnels de santé	16
3.2 – Les femmes en salles de naissance	18
3.2.1 – Description de l'étude	18
3.2.2 – Description de la population	19
3.2.3 – Les différentes techniques de sutures périnéales	19
3.2.4 – Les types de fils	21
3.2.5 – Facteurs influençant le choix du type de suture	21
3.3 – Tolérance périnéale à J1 et à J3 du post-partum	22
3.3.1 – Echelle de douleur des femmes à J1 et à J3 du post-partum	22
3.3.2 – Complications périnéales à J1 et à J3 du post-partum	23
4. DISCUSSION	24
4.1 – Résumé des principaux résultats de l'étude	25
4.2 – Limites de l'étude	26
4.3 – Forces de l'étude	27
4.4 – Comparaison à la littérature	27
4.4.1 – Formations des professionnels de santé	27
4.4.2 – Pratiques des professionnels de santé	29
4.4.3 – Facteurs favorisant le choix du type de suture	30
4.4.4 – Echelle de douleur des femmes à J1 et à J3 du post-partum	30
5. PERSPECTIVES	31
6. CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	37
RESUME ET MOTS-CLES	44

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

EN : Echelle Numérique

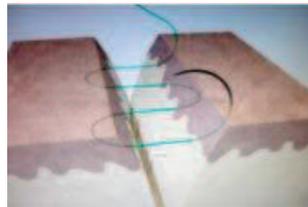
RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

1. INTRODUCTION ET **HYPOTHESE**

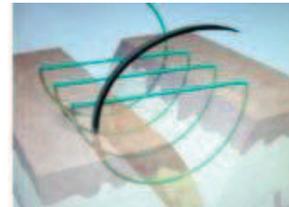
En France, les déchirures périnéales concernaient 52% des accouchements en 2016 et le taux global d'épisiotomie était de 20% (1). Par conséquent, la nécessité d'une suture périnéale est fréquente et concerne plus d'un accouchement sur deux.

Une suture périnéale se fait plan par plan, de la profondeur vers la superficie. Les couches rencontrées sont le muscle, la muqueuse vaginale, le tissu sous cutané, et la peau. Le professionnel choisit une technique continue et/ou discontinue pour suturer.

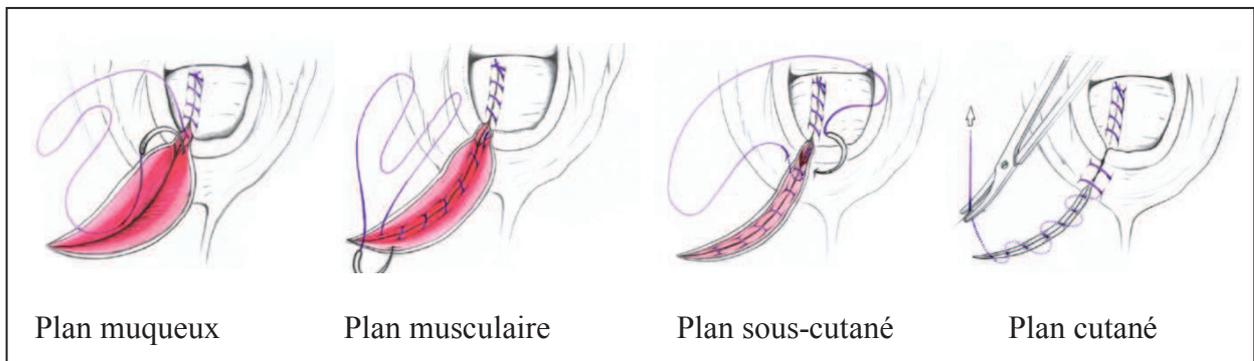
Les sutures continues comportent le surjet simple, le surjet intradermique et la technique « un fil un nœud ». Le surjet simple et le surjet intradermique demandent un nœud au départ et à la fin de la réfection. La technique « un fil un nœud » permet de suturer, par un surjet classique continu, successivement le vagin, le muscle, le tissu sous cutané et enfin le tissu cutané par un surjet intradermique, en utilisant un seul fil, et en ne réalisant qu'un seul nœud au départ (3).



Surjet intradermique (4)



Surjet simple (4)

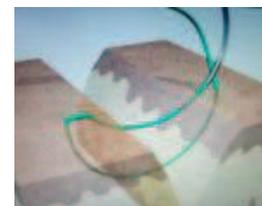


Technique « un fil, un nœud » (3)

Les sutures discontinues comportent le point en X, les points simples séparés et les points Blair-Donati. Ils servent à affronter les berges et nécessitent un nœud. Le point de Blair Donati est le résultat d'une technique où l'on pique « loin-loin puis près-près » et se termine par un nœud, il existe donc un double passage dans le derme, avec un intérêt hémostatique classiquement rapporté (3).



Point simple (4)



Blair Donati (4)

La technique de suture utilisée dépend du type de lésion périnéale. Selon la classification du RCOG, les différents stades des déchirures périnéales sont (4) :

Stade 1 : lésion cutanée périnéale seulement

Stade 2 : lésion périnéale : peau, muqueuse vaginale, muscle du périnée.

Stade 3a : lésion périnéale avec atteinte < 50% de l'épaisseur du sphincter externe de l'anus.

Stade 3b : lésion périnéale avec atteinte > 50% de l'épaisseur du sphincter externe de l'anus

Stade 3c : lésion périnéale avec atteinte du sphincter interne de l'anus

Stade 4 : lésion périnéale mettant en jeu le complexe sphinctérien anal et la muqueuse anale.

Sur le plan technique, les sutures continues, par rapport aux méthodes discontinues, sont plus rapides (huit minutes vs dix minutes) (5) (6).

En 2005, le CNGOF recommande : « sous réserve d'une formation spécifique à sa pratique, le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence. Il suscite également une plus grande satisfaction chez les patientes » (7).

En 2009, une méta-analyse de la Cochrane a mis en évidence la supériorité de la suture continue. Les techniques de sutures continues pour la fermeture du périnée, par rapport aux méthodes discontinues, sont associées à une douleur, un besoin d'analgésie et un retrait des sutures moindres à court terme. De plus, il a été prouvé que les techniques de sutures continues nécessitent moins de matériaux que les méthodes discontinues (respectivement un fil contre deux ou trois). Il est recommandé d'utiliser les techniques continues, et plus particulièrement, le surjet intradermique lors d'une déchirure de stade 1 ; et la technique « un fil un nœud » lors d'une déchirure de stade 2 ou lors d'une épisiotomie (8).

Selon Kindberg et Valenzuela, la plainte des femmes proviendrait des nœuds sur la peau car ils créent une tension (8)(9).

Croce compare la technique de suture continue par surjet aux techniques discontinues : la technique continue provoque moins de douleur et permet une reprise plus rapide de la vie sexuelle. Le risque de déhiscence est également diminué. Les principaux risques avec les techniques discontinues étant l'ischémie et le risque d'inflammation si les points sont trop serrés (10).

D'après la revue de littérature faite par D. Dallay et G. Theyry, il est démontré qu'il faut faire la promotion de la technique « un fil, un nœud » lors des déchirures de stade 2 (11). Le fait de répartir la tension de la suture sur toute la longueur du fil et de ne pas faire des points sur la

peau, est à l'origine des meilleurs résultats sur la douleur (12). On observe moins de dyspareunies grâce au surjet intradermique (13). La suture est plus solide par la présence d'un seul nœud. La réfection du plan sous-cutané permet d'éviter les espaces morts, diminue le risque d'hématome, d'infection ainsi que de désunion de la suture. La suture est également plus esthétique et donc, est un facteur psychologique non négligeable (2).

L'apprentissage de la réfection périnéale se fait essentiellement sur le terrain. La participation à des formations est déterminante dans le choix de la suture et repose sur le volontariat. La formation continue est une obligation professionnelle inscrite dans le code de déontologie des sages-femmes, article 4127-304 modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L.4153-2 ». De plus, « la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs » (14). La formation intra hospitalière, peut être une alternative. C'est-à-dire que l'équipe médicale de la maternité forme des sages-femmes de la maternité sur le terrain (15).

En 2013, au CHU de POITIERS, suite au mémoire de J. Audigué, des sages-femmes ont suivi une formation à la technique « un fil un nœud ». Celles ayant eu la formation utilisaient plus la technique « un fil un nœud » qu'avant la formation (16).

Alors, les professionnels ont-ils les formations suffisantes pour appliquer les recommandations ? Les circonstances environnementales lors de la suture périnéale, sont-elles un facteur décisif dans le choix de la technique de réfection périnéale ?

Afin d'améliorer la prise en charge de nos patientes, il apparaît utile de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur la suture périnéale en salle d'accouchement, d'identifier les facteurs associés au choix de la technique de suture, afin de mettre en place des politiques de correction (formation théorique et/ou pratique).

Nous avons constaté que les différents types de suture sont utilisés dans notre établissement, malgré les arguments forts en faveur de la suture continue. De plus, il existe un protocole de service datant de 2011 (*Annexe I*), privilégiant la technique « un fil un nœud » pour une déchirure de stade 2/épisiotomie, et le surjet intradermique pour une déchirure de stade 1.

Hypothèse : certains facteurs tels que le manque de formation, la méconnaissance de la technique, pourraient être responsables de cette disparité.

2. METHODOLOGIE

1. **Objectifs**

L'objectif principal était de mesurer la prévalence des différentes réfections périnéales, réalisées en salles de naissance au CHU de Poitiers.

Nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles en comparant les sages-femmes aux médecins, en prenant en compte les formations des professionnels de santé, les facteurs associés au choix de la technique de suture, ainsi que la tolérance périnéale des femmes à J1 et à J3 du post-partum.

2. **Schéma d'étude**

L'étude était monocentrique, prospective et observationnelle au CHU de Poitiers. Elle s'est déroulée :

- Du 17 juillet au 30 septembre 2017 pour la première équipe
- Du 1^{er} octobre au 3 décembre 2017 pour la deuxième équipe

Etant donné que les équipes de sages-femmes tournaient le 1^{er} octobre, le but était d'avoir autant de questionnaires réalisés en salles de naissance pour les deux équipes.

3. **Population**

Les critères d'inclusion étaient les femmes ayant eu une déchirure périnéale et/ou une épisiotomie nécessitant une suture et un accouchement par voie vaginale d'un singleton ; ainsi que les professionnels : médecins, internes, sages-femmes et étudiants sages-femmes.

Les critères de non inclusion étaient les femmes ayant eu une césarienne, une/des déchirure(s) non suturée(s), un périnée intact, une grossesse multiple.

Les critères d'exclusion étaient les questionnaires non remplis par les professionnels.

4. **Déroulement de l'étude**

Après accord du chef de pôle et de la cadre supérieure du service de la maternité, les cadres des différents secteurs de la maternité ont été contactés par l'investigateur, pour donner l'information sur l'étude et planifier le passage de l'investigateur.

Une **lettre d'information** (*Annexe II*) a été adressée au personnel médical (médecins, internes et sages-femmes), expliquant le but de l'étude, le déroulement, et le lieu de dépôt des questionnaires.

Un **premier questionnaire individuel** anonyme (*Annexe III*) a été donné aux sages femmes, médecins et internes. Le but était d'évaluer les pratiques professionnelles concernant la suture périnéale en salle d'accouchement et de les mettre en lien avec la fonction ainsi que les formations théoriques et pratiques. Celui-ci a été diffusé par :

- questionnaire papier pour les sages-femmes
- questionnaire en ligne pour les internes et les médecins

Un **deuxième questionnaire en salles de naissance** (*Annexe IV*) était rempli par chaque professionnel ayant réalisé une réfection périnéale. Il renseignait la parité de la femme, les modalités d'accouchement, l'anesthésie, la survenue de la déchirure et les modalités de suture. Chaque professionnel cochait la raison correspondant au mieux à sa motivation pour préférer un type de suture par rapport à un autre. Le professionnel pouvait choisir sa technique de suture en fonction de : la rapidité d'exécution, la facilité, des formations théoriques et pratiques du professionnel, et enfin en fonction du type de lésion périnéale. Ce questionnaire était initialement dans les dossiers verts d'accouchement. Une fois rempli, il était joint au dossier de la patiente et récupéré par l'investigateur au moment du staff.

En parallèle, l'investigateur passait dans le service des suites de couches pour noter l'échelle numérique de la douleur (EN) des femmes ainsi que l'état de la suture à J1 et à J3. Il récupérait ces données dans les dossiers des femmes uniquement.

5. Variables

Données sur les professionnels : fonction, formations théorique et/ou pratique, type de suture pratiquée lors d'une lésion de stade 1 et de stade 2, le souhait ou non des professionnels de participer à une formation continue.

Données en salles de naissance :

- Concernant la femme : parité, présentation fœtale au dégagement, type d'anesthésie, accouchement voie basse spontané/instrumental, manœuvres, durée des efforts expulsifs, stade de la déchirure et/ou épisiotomie selon la classification du RCOG.
- Concernant le professionnel remplissant le questionnaire : la fonction, l'expérience, le(s) type(s) de fil(s), la technique de réfection, et enfin la raison du choix de la suture (contexte, formation, aisance, adaptabilité).

Données concernant les femmes à J1 et à J3 du post-partum : échelle numérique de la douleur (EN), état de la suture.

6. Critères de jugement

Critère de jugement principal : prévalence des différentes techniques de suture

Objectifs secondaires :

Identification des facteurs associés au choix d'une technique en fonction du statut du professionnel, du type de lésion périnéale et du contexte.

Identification d'une demande de formation par les professionnels de santé et quel type.

Evaluer la tolérance à J1 et à J3 de la suture grâce :

- à l'EN, et aux recommandations du Comité de lutte contre la douleur (CLUD)
- aux commentaires notés par les sages-femmes dans les dossiers.

Selon les recommandations du CLUD, une EN comprise entre 0 et 3 était considérée comme une douleur faible, une EN entre 4 et 6 comme une douleur modérée, et une EN entre 7 et 10 comme une douleur forte.

7. Statistiques

Les données recueillies ont été retranscrites, de façon anonyme, informatiquement grâce au logiciel Excel 2007. Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Epi info 7.

Pour les données catégorielles, on a utilisé le test du CHI-2 lorsque les effectifs théoriques étaient ≥ 5 et le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient < 5 . Pour les données quantitatives, le test de Student a été réalisé lorsque les effectifs étaient ≥ 30 et un test non paramétrique lorsque les effectifs étaient < 30 .

8. Aspects éthiques

Un accord préalable d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire puisqu'il s'agissait d'une étude observationnelle sans aucune intervention auprès des femmes. Le livret d'accueil des femmes hospitalisées au CHU de Poitiers comprenait une mention spécifique indiquant la possibilité de l'utilisation de données médicales non identifiantes pour la recherche.

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sur la demande de la structure de formation responsable de l'étude auprès du correspondant CNIL du CHU de Poitiers. La confidentialité des sujets inclus dans la base de données a été protégée par l'utilisation d'un numéro en lieu et place des données susceptibles de permettre leur identification.

3. RESULTATS

1. Les professionnels de santé

1-1. Description de la population

La répartition de notre population de professionnels était la suivante :

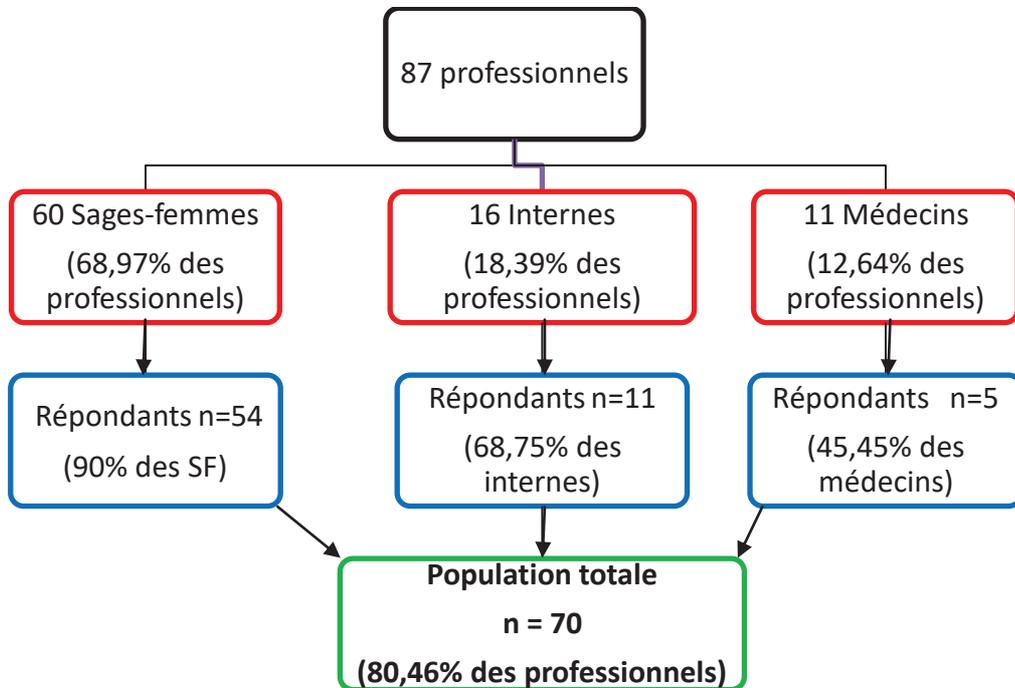


Figure 1 : Diagramme de flux de la population des professionnels

Parmi la population totale de l'étude, les sages-femmes représentaient 77,14 %, les internes 15,71% et les médecins 7,14%.

1-2. Pratiques générales de suture selon les professionnels

Tous les professionnels ayant répondu au questionnaire individuel et anonyme, ont renseigné ce qu'ils pratiquaient en général pour une déchirure de stade 1 et pour une déchirure de stade 2, excepté une sage-femme. On a considéré par conséquent 53 sages-femmes, 11 internes et 5 médecins. Chacun d'entre eux pouvait cocher plusieurs types de techniques de suture pour une même déchirure.

Onze professionnels (6 sages-femmes, 2 internes et 3 médecins) déclaraient utiliser la technique « un fil un nœud » pour une déchirure de stade 1. Pour l'analyse des résultats, on a considéré cette réponse comme un surjet intradermique (*Tableau I*).

Tableau I. Répartition des différentes techniques de sutures que pensaient faire les différents professionnels.

	Sages-femmes n= 53 (%)	Internes/médecins n=16 (%)	Significativité p=
Déchirure de stade 1 :			
Surjet intradermique	18 (33,9)	10 (66,6)	0,02
Surjet simple	21 (39,6)	6 (40,0)	0,97
Points séparés	42 (79,2)	12 (80,0)	1,00
Blair Donati	13 (24,5)	0 (----)	0,05
Point en X	02 (03,7)	0 (----)	1,00
Déchirure de stade 2/épisiotomie :			
Technique « 1 fil 1 nœud »	13 (24,5)	13 (86,6)	< 0,01
Surjet simple	47 (88,7)	4 (26,6)	< 0,01
Surjet intradermique	16 (30,2)	4 (26,6)	1,00
Points séparés	37 (69,8)	3 (20,0)	< 0,01
Blair Donati	17 (32,1)	0 (----)	< 0,01
Point en X	27 (50,9)	2 (02,6)	< 0,01

Lors de déchirures de stade 1, 80% des sages-femmes, médecins et internes disaient être amené à pratiquer des sutures discontinues. Les internes et les médecins disaient réaliser plus souvent le surjet intradermique par rapport aux sages-femmes (67% vs 34%)

Lors de déchirures de stade 2, 24,5% des sages-femmes disaient utiliser la technique « un fil un nœud » contre 86,6% des médecins et internes ($p < 0,01$). 50,9% des sages-femmes pratiquaient le point en X contre 2,6% des médecins et internes.

1-3. Formations des professionnels de santé

50,94% (n=27) des sages-femmes, 84,82% (n=9) des internes et 80% des médecins (n=4) ont bénéficié d'une formation pratique à la technique « un fil un nœud ».

58,49% (n=31) des sages-femmes, 45,45% (n=5) des internes et 100% (n=5) des médecins ont eu une formation pratique au surjet intradermique.

Chaque professionnel hiérarchisait leur souhait de formation. Les analyses ont été portées sur leur souhait numéro 1. 21,43% (n=15) d'entre eux ne souhaitaient pas de formation, 64,29% (n=45) souhaitaient bénéficier d'une formation sur la technique « un fil un nœud », 8,57% (n=6) sur le surjet intradermique, et enfin 5,71% (n=4) sur le Blair Donati.

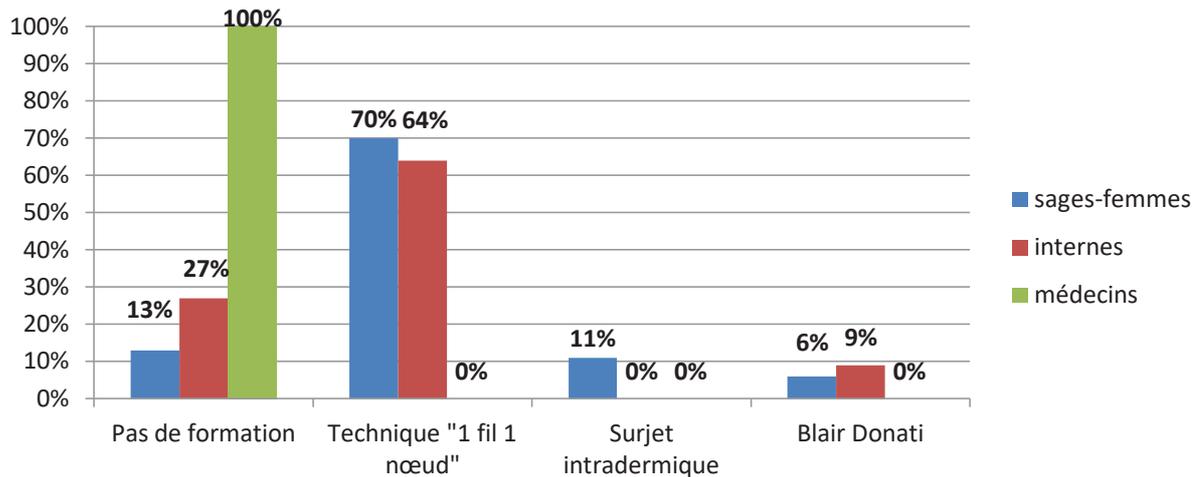


Figure 2 : Souhaits de formations répartis selon les différents professionnels

Les sages-femmes demandaient dans 70,37% (n=38) des cas, une formation sur la technique « un fil un nœud » et 11,11% (n=6) sur le surjet intradermique. Parmi les 11 internes, 63,64% (n=7) d'entre eux voulaient une formation sur la technique « un fil un nœud » et 9,09% (n=1) sur le Blair Donati. 13% (n=7) des sages-femmes et 27% (n=3) des internes exprimaient ne pas vouloir de formation supplémentaire.

Parmi les professionnels ne demandant pas de formation :

- Pour une déchirure de stade 1 :
 - 6 professionnels sur 9 (66,66%) disaient pratiquer le surjet intradermique dont :
 - 4 sages-femmes sur 6 (66,6%)
 - 2 internes sur 3 (66,6%)
 - 1 sage-femme ne demandant pas de formation, n'a pas renseigné ses pratiques
- Pour une déchirure de stade 2 ou une épisiotomie :
 - 6 professionnels sur 9 (66,66%) disaient pratiquer la technique « un fil un nœud » dont :
 - 3 sages-femmes sur 6 (50%)
 - 3 internes sur 3 (100%)

2. Les femmes en salles de naissance

2.1 – Description de l'étude

L'étude a été réalisée du 17/07/17 au 03/12/17, les équipes de sages-femmes effectuaient des roulements de planning tous les six mois, notre étude ayant été réalisée sur un chevauchement de ce roulement, elle a été menée jusqu'à obtenir un nombre quasiment équivalent de questionnaires remplis pour chacune des équipes. Pendant l'étude, il y a eu 917 accouchements (n= 505 pour l'équipe 1 et n= 412 pour l'équipe 2).

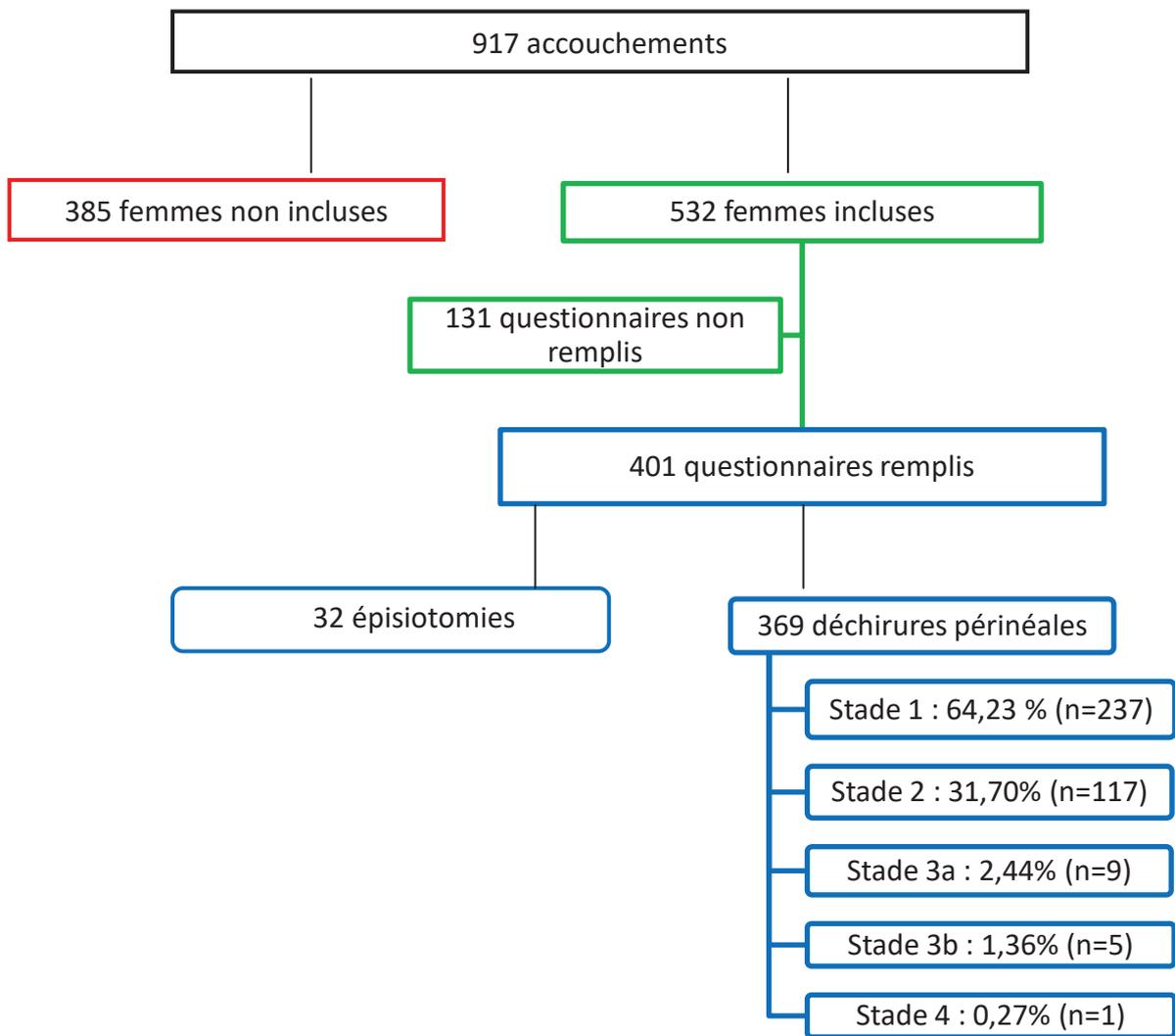


Figure 3 : Diagramme de flux de l'échantillon

Parmi les 917 accouchements, les 385 femmes non incluses comportaient celles ayant eu une césarienne, une grossesse multiple ou un périnée intact. Parmi les 532 femmes initialement incluses, 200 questionnaires ont été remplis par l'équipe 1 (du 17/07/17 au 30/09/17) et 201 questionnaires remplis par l'équipe 2 (du 01/10/17 au 03/12/17). Finalement, notre échantillon était de 401 femmes.

2.2 – Description de la population

Parmi les 401 femmes, 52,12% (n=209) étaient des primipares et 47,88% (n=192) étaient des multipares.

Dans 91,02% (n=365) des cas, la présentation était en occipito-pubien, contre 6,73% (n=27) en occipito-sacrée, 2% (n=8) par le siège et 0,25% (n=1) par la face.

73,82% (n=296) des femmes étaient sous analgésie péridurale (APD). La durée moyenne des efforts expulsifs était de 11,12 minutes [+/- 9,12].

74,56% (n=299) des femmes incluses ont eu un accouchement eutocique, dont 36,53% (n=80) d'entre elles ont nécessité la manœuvre de Ritgen.

16,21% (n=65) des femmes ont eu une extraction instrumentale. Parmi les extractions instrumentales, 56,93% (n=37) étaient des ventouses, 35,38% (n=23) étaient des forceps, 7,69% (n=5) étaient des spatules.

Des manœuvres ont été réalisées pour 4,24% (n=17) des femmes de l'échantillon, parmi elles, 52,94% (n=9) ont nécessité MacRoberts + pression sus-pubienne pour la dystocie des épaules ; 35,29% (n=6) ont bénéficié du Lovset + Bracht et 11,77% (n=2) de Lovset + Mauriceau pour les sièges.

9,73% (n=39) des femmes incluses ont nécessité une révision utérine (RU) et/ou une délivrance artificielle (DA). 66,67% (n=26) d'entre elles ont eu une RU et 33,33% (n=13) ont nécessité une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine (DA/RU).

2.3 – Les différentes techniques de suture

Parmi les 401 réfections périnéales effectuées, il a été décrit 45,39% de sutures continues (n=182) contre 54,61% de sutures discontinues (n=219). Ci-dessous, un graphique comparant le type de suture réalisé en fonction du type de lésion périnéale (*Figure 4*).

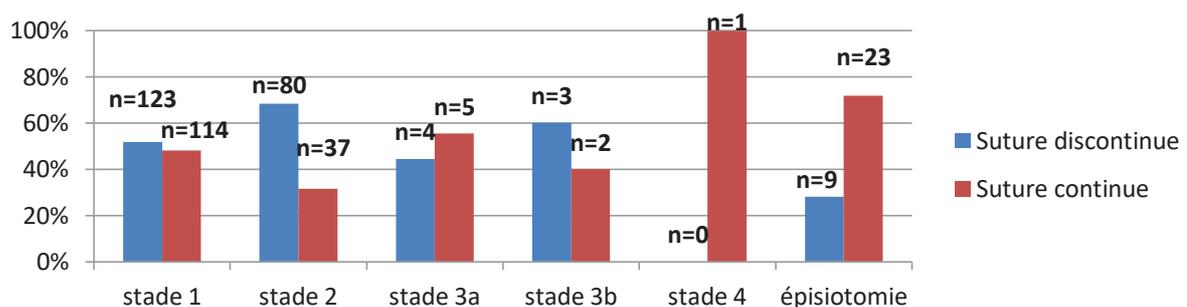


Figure 4 : Répartition des types de suture en fonction du type de lésion périnéale

Parmi les trente-deux épisiotomies réalisées, vingt-trois étaient des sutures continues. Parmi les quinze déchirures de stade 3 et 4, huit ont été suturées de manière continue.

Tableau II. Les différentes techniques de sutures réalisées selon les professionnels

	Internes / médecins n = 109 (%)	Sages-femmes / étudiants sages-femmes n = 292 (%)	Significativité p =
Techniques continues	71 (39,01)	111 (60,99)	< 0,01
<i>Technique « un fil un nœud »</i>	55 (67,07)	27 (32,93)	< 0,01
<i>Surjet simple</i>	15 (15,79)	80 (84,21)	< 0,01
<i>Surjet intradermique + surjet simple</i>	1 (25,00)	3 (75,00)	-
Techniques discontinues	38 (17,35)	181 (82,65)	< 0,01

Parmi les techniques de sutures continues ; 39% (n=71) ont été réalisées par les internes/médecins contre 61% (n=111) par des sages-femmes (*Tableau II*). Parmi les techniques de sutures discontinues ; 17% (n=38) ont été réalisées par des internes/médecins contre 83% (n=181) par des sages-femmes (*Tableau II*).

Les effectifs concernant « le surjet intradermique + surjet simple » étaient insuffisants pour effectuer des tests statistiques fiables.

Tableau III. Les différentes techniques de suture réalisées selon le type de lésion

	Déchirure stade 1 n = 237(%)	Déchirure stade 2 n = 117(%)	Déchirure stade 3a, 3b et 4 n= 15(%)	Episiotomie n= 32(%)	TOTAL n = 401(%)
Techniques continues	114 (48,10)	37 (31,62)	8 (53,33)	23 (71,88)	182 (45,39)
Techniques discontinues	123 (51,90)	80 (68,38)	7 (46,66)	9 (28,12)	219 (54,61)

Sur les 401 sutures réalisées, la technique discontinue a été statistiquement plus utilisée (p = 0,009) que la technique continue.

Parmi les techniques de sutures continues (n=182) ; 62,64% (n=114) étaient des déchirures de stade 1, 20,33% (n=37) étaient des déchirures de stade 2 ; 4,4% (n=8) étaient des déchirures de stade 3 et 4 ; et 12,64% (n=23) étaient des épisiotomies (*Tableau III*).

Pour les déchirures de stade 1, il n'y avait pas de différence significative entre les techniques de sutures continues et discontinues (p = 0,408) (*Tableau III*).

Pour les déchirures de stade 2, les techniques discontinues étaient plus souvent réalisées (p<0,01) ; pour les déchirures de stades 3a/3b et 4 il n'y avait pas de différence

($p=0,715$) et pour les épisiotomies on retrouvait plus souvent des techniques continues ($p<0,01$) (*Tableau III*).

Parmi les sutures continues,

- **Pour les déchirures de stade 1** ($n=114$) :
 - 0,9% ($n=1$) a été suturée par un surjet intradermique,
 - 21,9% ($n=25$) par la technique « un fil un nœud »
 - 77,2% ($n=88$) par un surjet simple

- **Pour les déchirures de stade 2** ($n=37$) :
 - 70,3% ($n=26$) ont été suturées par la technique « un fil un nœud » : dont 88,5% ($n=23$) des sutures réalisées par les médecins et 11,5% ($n=3$) par les sages-femmes, l'effectif étant insuffisant pour effectuer un test statistique fiable.
 - 10,8% ($n=4$) étaient suturées par un surjet simple associé à un surjet intradermique : 25% ($n=1$) des sutures ont été réalisées par un médecin et 75% ($n=3$) par les sages-femmes, l'effectif étant insuffisant pour effectuer un test statistique fiable
 - 18,9% ($n=7$) étaient suturées par un surjet simple

- **Pour les épisiotomies** ($n=23$), les sutures continues ont été réalisées grâce à la technique « un fil un nœud » et on n'observe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ($p = 0,20$).

2.4 – Les types de fils

Les professionnels ont tous utilisé un fil résorbable. Le plus fréquent était du fil synthétique tressé 2/0 dans 83,59% ($n=270$) des cas, suivi du fil synthétique tressé 3/0 dans 16,41% ($n=53$) des cas.

2.5 – Facteurs influençant le choix du type de suture

Sur les 401 questionnaires remplis, 381 d'entre eux mentionnaient le choix influençant la technique de suture.

Les professionnels utilisant les techniques discontinues ($n=208$) estimaient dans 48,56% des cas ($n=101$), qu'il s'agissait de la technique la plus adaptée au type de lésion périnéale de la femme. Dans 11,06% des cas ($n=23$), il s'agissait de la technique qu'ils avaient le plus apprise. 18,27% ($n=38$) estimaient que c'était la plus rapide et 22,12% ($n=46$) trouvaient que c'était la technique la plus facile (*Figure 5*).

Les professionnels utilisant les techniques continues (n=173) estimaient dans 61,85% des cas (n=107) qu'il s'agissait de la technique la plus adaptée au type de lésion périnéale de la femme. Dans 11,56% des cas (n=20), il s'agissait de la technique qu'ils avaient le plus apprise. 20,23% (n=35) trouvaient que c'était plus rapide et 6,36% (n=11) estimaient que c'était la technique la plus facile (Figure 5).

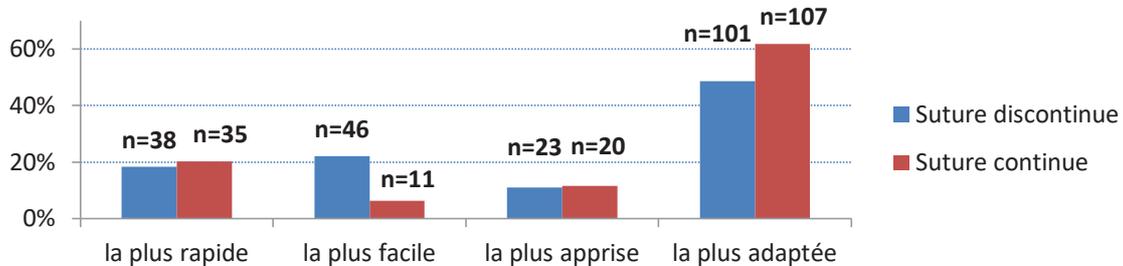


Figure 5 : Facteurs influençant les professionnels sur leurs pratiques en réfection périnéale

Quelque soit le type de technique de suture (continue ou discontinue) utilisé par les professionnels, l'élément majeur influençant leur choix était ce qui leur semblait le plus adapté au stade de la déchirure/épisiotomie. Cet item était nommé « suture la plus adaptée », et les professionnels trouvaient de façon significative ($p=0,009$) que c'était d'autant plus le cas lors de sutures continues.

3. Tolérance périnéales des femmes à J1 et à J3 du post-partum

3.1 – Echelle numérique (EN) des femmes à J1 et à J3 du post-partum

En comparant l'EN moyenne des femmes à J1 et à J3 du post-partum, l'étude ne permettait pas de conclure à une différence significative entre les sutures continues et discontinues. En effet, l'EN moyenne pour les femmes ayant eu une suture continue était de 0,7 à J1 et 0,1 à J3, contre une EN moyenne à 0,6 à J1 et 0,1 à J3 pour les sutures discontinues, avec $p=0,47$ à J1 et $p=0,4$ à J3 du post-partum.

EN à J1 du post-partum :

L'EN moyenne concernant les femmes ayant eu une suture discontinue était de 0,6 [0-6] avec une médiane à 0, contre une EN à 0,7 [0-5] avec une médiane à 0 pour celles ayant eu une suture continue. La différence n'était pas significative ($p=0,47$).

Parmi les 401 femmes, 95,51% (n=383) décrivaient une douleur faible ou pas de douleur, contre 4,49% (n=18) qui avaient une douleur modérée (dont 50% de sutures continues).

EN à J3 du post-partum :

L'EN moyenne pour les femmes ayant eu une suture discontinue était de 0,1 [0-5] avec une médiane à 0, contre une EN moyenne à 0,1 [0-2] et une médiane à 0 pour celles ayant eu une suture continue. La différence n'était pas significative ($p=0,40$).

96,26% (n=386) des femmes décrivaient une douleur faible ou pas de douleur. 0,25% (n=1) avaient une douleur modérée, il s'agissait d'une suture discontinue. Les 3,50% (n=14) des femmes restantes étaient sorties à J2, dont 5 sutures continues contre 9 sutures discontinues.

3.2 – Complications périnéales à J1 et à J3 du post-partum

A J1 du post-partum, 86,53% (n=347) des femmes avaient une cicatrice saine (non indurée, non inflammatoire). On notait 11,22% (n=45) d'œdèmes périnéaux, 1,50% (n=6) d'hématomes, dont quatre lors de sutures continues et deux lors de sutures discontinues. Il y a eu 0,75% (n=3) de désunions, toutes suturées par une technique discontinue, dont une désunion sur une déchirure de stade 2, qui a dû être reprise sous anesthésie générale au bloc opératoire, par un médecin utilisant la technique « un fil un nœud ».

A J3 du post-partum, 93,02% (n=373) des femmes avaient une cicatrice saine. 1,50% (n=6) avaient un œdème périnéal, 1,25% (n=5) avaient un hématome, dont quatre avaient bénéficié d'une suture continue, contre une qui avait eu une suture discontinue. 0,75% (n=3) des patientes avaient une désunion. Il s'agissait des mêmes femmes qu'à J1. 3,49% (n=14) des femmes sont sorties à J2 du post-partum, neuf femmes avaient eu une suture discontinue, contre cinq ayant eu une suture continue, la différence n'était pas significative ($p=0,26$).

4. DISCUSSION

1. Résumé des principaux résultats de l'étude

Une sage-femme sur deux était formée à la technique « un fil un nœud » contre 80% des médecins et des internes. 50% des sages-femmes ont reçu une formation sur le surjet intradermique, contre 45% des internes et 100% des médecins.

Pour la suite des résultats, nous avons associé les internes aux médecins et les étudiants sages-femmes aux sages-femmes. En effet, les internes étaient formés par les médecins, et les étudiants sages-femmes majoritairement par les sages-femmes.

Pour une déchirure de stade 1 : 80% des professionnels disaient réaliser une suture discontinue. La suture continue par surjet intradermique serait plus réalisée par les internes et médecins que les sages-femmes de manière significative ($p=0,02$).

Pour une déchirure de stade 2 ou une épisiotomie : 86% des internes et médecins disaient réaliser une suture continue par la technique « un fil un nœud » contre 24,5% des sages-femmes ($p<0,01$).

Notons également que les sages-femmes avaient plus souvent recours aux sutures discontinues que les internes et les médecins de manière significative ($p<0,01$). 70% des sages-femmes réalisaient des points simples séparés contre 20% des internes/médecins, et 51% des sages-femmes disaient réaliser des points en X contre 3% des internes/médecins.

Parmi les formations demandées par les professionnels, 70% des sages-femmes et 64% des internes ont demandé une formation à la technique « un fil un nœud ». 11% des sages-femmes voulaient être formées au surjet intradermique. Certains professionnels (6% des sages-femmes et 9% des internes) ont demandé une formation sur le Blair Donati. 13% ($n=7$) des sages-femmes et 27% ($n=3$) des internes exprimaient ne pas vouloir de formation supplémentaire.

La majorité des sutures périnéales dans le service, étaient réalisées sous la forme de sutures discontinues (54,61%). Elles étaient réalisées dans 82,65% des cas par les sages-femmes ($p<0,01$).

Parmi les sutures continues réalisées, la technique « un fil un nœud » a été réalisée dans 67% des cas par les internes et les médecins contre 33% par les sages-femmes ($p<0,01$).

On notait une différence significative entre les deux types de sutures lorsqu'il s'agissait d'une déchirure de stade 2 et lors d'une épisiotomie ($p<0,01$). En effet, lors d'une déchirure de stade 2, 32% des sutures étaient continues et lors d'une épisiotomie, 71,88% étaient continues.

Toutes les réfections ont été réalisées à l'aide de fils résorbables.

Quelque soit le type de suture continue ou discontinue, la majorité des professionnels suturait en pensant faire ce qui était le plus adapté au type de lésion périnéale (49% des professionnels ayant fait une suture discontinue contre 62% des professionnels ayant réalisé une suture continue).

A J1 et à J3 du post-partum, les femmes avaient une EN moyenne proche de 0, la différence entre les sutures continues et discontinues était non significative.

2. Limites de l'étude

A la réception des questionnaires, les réponses de quelques professionnels n'étaient pas cohérentes et ont pu nécessiter quelques recodages. En effets, certains professionnels cotaient la technique « un fil un nœud » lors de déchirures de stade 1, elle a donc été recodée en surjet intradermique.

Parmi les surjets nous avons pris en compte le surjet simple et le surjet intradermique, mais nous avons mentionné à aucun moment dans les questionnaires le surjet passé, qui existe dans nos pratiques. Nous n'en avons pas connaissance avant le lancement de l'étude.

Concernant les questionnaires individuels destinés aux professionnels, un médecin sur deux n'a pas répondu. Etant donné qu'ils suturaient en général des déchirures importantes, et que le questionnaire était porté sur les déchirures de stade 1 et 2, on peut supposer que le questionnaire n'était pas adapté.

Des difficultés d'analyse se sont présentées quand les lésions ont été suturées par au moins deux techniques. Les combinaisons des techniques étaient multiples et variaient aussi selon les lésions. Nous n'avons pas analysé les techniques précises de sutures utilisées dans ces cas là. Nous nous sommes limités aux techniques continues vs discontinues.

Les chiffres concernant l'échelle de douleur à J1 et à J3 du post-partum étaient difficilement interprétables : les sages-femmes de suites de couches notaient les douleurs des femmes dans leur globalité, et peu d'entre elles spécifiaient s'il s'agissait de la douleur périnéale.

Il n'existait pas de différence significative concernant l'EN des femmes, entre les sutures continues et discontinues. Cependant, selon le CLUD, les femmes n'étaient pas douloureuses ou lorsqu'elles l'étaient c'était de manière modérée. En effet, l'EN moyenne

pour les femmes ayant eu une suture continue était de 0,7 à J1 et 0,1 à J3, contre une EN moyenne à 0,6 à J1 et 0,1 à J3 pour les sutures discontinues.

3. Forces de l'étude

Les sages-femmes étaient intéressées par le sujet de l'étude. Le taux de participation des sages-femmes dans tous les services était de 90% et elles représentaient 77% de l'échantillon total des professionnels. De plus, étant donné que l'étude a commencé au milieu des vacances d'été, les sages-femmes remplaçantes avaient été prises en compte. Les internes avaient également répondu dans près de 70% des cas et représentaient 16 % de l'échantillon.

L'échantillon de patientes incluses était important et suffisant puisqu'il comportait 401 patientes sur une période de quatre mois et demie. Le taux de questionnaires non remplis était relativement faible, puisque 75,38% des patientes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie suturée ont été incluses.

De plus, le nombre de questionnaires était équivalent entre les deux équipes (n=200 pour l'équipe 1 et n=201 pour l'équipe 2), ce qui permettait un brassage homogène de la population des professionnels évitant ainsi un biais de confusion.

4. Comparaison à la littérature

4.1 – Formations des professionnels de santé

Notre étude montre que seulement une sage-femme sur deux est formée à la technique « un fil un nœud » et au surjet intradermique. Plusieurs études menées dans différentes régions de la France avaient également démontré l'insuffisance de formations à la technique « un fil un nœud ». Parmi elles, l'étude de Laurie Calcerrada, réalisée dans six maternités publiques du Rhône-Alpes, en 2008 (17), a également démontré que 50% des sages-femmes ont appris la méthode « un fil un nœud » parmi les 152 sages-femmes interrogées. Une autre étude réalisée par Matthieu Lopez dans les maternités publiques des Pays de la Loire en 2015 (18), avait conclut que la technique « un fil un nœud » était aussi, peu enseignée en formation initiale (11,4%). D'après une étude menée dans 30 écoles de France en 2010, la technique de suture « un fil un nœud » n'était enseignée que dans 38,1% des écoles alors que la méthode de suture en trois plans était enseignée dans 97,8% d'entre elles ; seulement 30% des étudiants bénéficiaient d'au moins une heure de travaux pratiques ; 92,4% des étudiants sages-femmes de dernière année affirmaient ne pas avoir acquis la technique « un fil, un nœud » (19).

Une étude nationale quantitative prospective multicentrique, conduite en 2016 sur cinq mois par Mohane Shamini, a démontré que 52,6% des sages-femmes soulignaient l'existence de lacunes dans l'enseignement théorique de la suture, le nombre d'heures de cours magistraux et de séances de travaux pratiques étaient jugé insuffisant par 15,1% des sages-femmes, les modèles de périnée utilisés étaient inadaptés pour 12,8% des sages-femmes. La formation clinique était satisfaisante pour 58,6% de la population. Cependant, la pratique de réfection d'épisiotomie était insuffisante pour 15% des sages-femmes. La moyenne du sentiment de compétence pour la pratique de suture était de 6,6/10 (20). Les sages-femmes trouvent donc une différence entre la pratique de réfection périnéale lors de travaux pratiques et lorsqu'elles sont sur le terrain.

Parmi les formations demandées par les professionnels du CHU de Poitiers, 70% des sages-femmes et 64% des internes ont demandé une formation à la technique « un fil un nœud ». Le nombre de professionnels demandant une formation à la technique « un fil un nœud » est non négligeable et pointe un besoin de formation. Matthieu Lopez en 2015 (18), avait mis en place cette formation, et selon son étude la formation continue semblait influencer la technique de suture : la suture par le surjet continu était plus importante chez les sages-femmes ayant suivi une formation continue aux techniques de suture (25,7% contre 9,6%). Dans 73,4% des cas, le cadre de formation continu n'était pas institutionnel et était principalement représenté par la formation par les pairs (58,2%). La formation continue permettait l'apprentissage des techniques recommandées, mais son accès était insuffisant.

En 2012, une autre étude, prospective et randomisée, menée par Caumeil E. au CHU de Montpellier, avait comparé les deux techniques de suture : « un fil un nœud » et 3 plans points séparés. Huit mois après la formation, une évaluation avait permis de mesurer l'impact positif de ce travail sur les pratiques professionnelles puisque $\frac{3}{4}$ des sages-femmes formées s'étaient approprié la technique « un fil un nœud » et en étaient satisfaites (21).

Certains professionnels (6% des sages-femmes et 9% des internes) ont demandé une formation sur le Blair Donati bien qu'il soit recommandé de réaliser les techniques continues. On peut donc se poser la question de savoir si tous les professionnels sont bien au courant des recommandations actuelles qui stipulent de réaliser le surjet intradermique lors d'une déchirure de stade 1 et la technique « un fil un nœud » lors d'une déchirure de stade 2 ou lors d'une épisiotomie (22).

D'autres professionnels ont répondu ne pas vouloir de formation supplémentaire (13% des sages-femmes et 27% des internes). Cependant, seulement 67% des sages-femmes et des

internes réalisaient le surjet intradermique lors d'une déchirure de stade 1 et seulement 50% des sages-femmes réalisaient la technique « un fil un nœud » lors d'une déchirure de stade 2 ou lors d'une épisiotomie. Cela signifie donc que certains professionnels ne veulent pas de formation parce qu'ils appliquent déjà en pratique les recommandations alors que d'autres professionnels n'appliquent pas les recommandations mais ne veulent pas non plus de formations. Voici la preuve que ces formations sont essentielles.

4.2 – Pratiques des professionnels

Dans notre étude, lors d'une déchirure de stade 1, 80% des professionnels disaient réaliser une suture discontinue, et lors d'une déchirure de stade 2 ou d'une épisiotomie, seulement 24,5% des sages-femmes disaient réaliser une suture continue par la technique « un fil un nœud ». D'après l'étude de Laurie Calcerrada (17), 30% des sages-femmes ayant eu une formation sur la technique « un fil un nœud » ne la pratiquaient jamais, cela coïncide très bien avec nos résultats puisque 50% des sages-femmes sont formées mais seulement 24% la réalise. Les sages-femmes ayant appris la méthode « un fil un nœud » exerçaient plus souvent dans des maternités où cette technique était une politique de service. L'existence d'une politique de service concernant la suture périnéale influençait l'apprentissage et les pratiques de cette technique par les sages-femmes.

Une étude datant de 2014 faite par Dulinskie M. à Limoges a prouvé, également, que la technique « un fil un nœud » était très peu réalisée par les professionnels en Limousin, 20% des sages-femmes la pratiquait. Bien que la majorité connaisse l'existence de cette technique, la plupart des professionnels ne savait pas qu'il existait des recommandations pour la pratique clinique à ce sujet. D'autre part, le surjet intradermique était très peu utilisé par manque d'intérêt ou de maîtrise. Le principal problème dû au non changement de pratique était l'absence d'information et surtout de formation (23).

D'après l'étude de Vasquez M. en 2008 (13), dans lequel 66 femmes ayant eu une épisiotomie ont été incluses, elle a aussi constaté que le type de suture utilisé était dans 63% des cas la technique en 3 plans avec points séparés sur la peau, dans 3% des cas la technique en 3 plans avec surjet intradermique, et dans 34% des cas la technique « 1 fil 1 nœud ».

Dans notre étude, la majorité des sutures périnéales étaient réalisées sous la forme de sutures discontinues (54,61%). Les sages-femmes avaient plus souvent recours, de manière générale, aux sutures discontinues que les internes et médecins ($p < 0,01$). 70% d'entre elles réalisaient des points simples séparés, et 51% disaient réaliser des points en X. Une enquête

sur les sages-femmes britanniques a montré également que la technique discontinue était majoritairement utilisée, puisque seulement 6% des 338 sages-femmes utilisaient des méthodes de sutures en continu, mettant en évidence que les pratiques de réfections périnéales ne sont pas universelles (24). L'étude de Matthieu Lopez (18), a également démontré que la technique de suture en 3 plans séparés était la technique majoritairement utilisée lors de déchirure de stade 2 ou lors d'épisiotomie (83,3%).

On a observé dans notre étude, que les déchirures de stade 3 et 4, ainsi que les épisiotomies étaient plus souvent suturées de manière continue, que les déchirures 1 et 2. Les déchirures 3 et 4 ainsi que les épisiotomies sont des sutures le plus souvent réalisées par les médecins qui ont, peut être, eu une formation plus complète à la suture continue. Dans la globalité, les médecins font moins de sutures périnéales que les sages-femmes puisqu'ils sont appelés uniquement sur les sutures complexes et les extractions.

4.3 – Facteurs favorisant le choix du type de suture

Les professionnels dans notre étude estimaient qu'ils suturaient majoritairement en pensant faire ce qui était le plus adapté au type de lésion périnéale, que ce soit pour les sutures continues ou discontinues. Plus de 50% des sages-femmes, ayant réalisé une suture discontinue, pensaient que c'est ce qui était le plus adapté pour la femme. Cela reflète bien un manque de formation théorique et pratique.

4.4 – Echelle de la douleur à J1 et à J3 du post-partum

Nous n'avons pas observé de différence de douleur entre les sutures discontinues et les sutures continues, alors qu'il a été démontré que les sutures continues étaient significativement moins douloureuses notamment dans les revues Cochrane (22) ainsi qu'une revue de littérature publiée par le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) (25). Nous pouvons expliquer cette non différence par un biais de confusion, puisque dans les dossiers des femmes, les sages-femmes notaient l'EN générale des femmes et ne précisaient pas toujours s'il s'agissait du périnée ou d'autres choses. Rappelons quand même que les femmes étaient quasiment toutes pas ou peu douloureuses.

5. PERSPECTIVES

Afin d'améliorer les pratiques actuelles, je propose de mettre en place des journées de formations théoriques et pratiques pour les sages-femmes et les internes du CHU de Poitiers à la technique « un fil un nœud ». La formation pourrait inclure les sages-femmes de tous les services du CHU de Poitiers, de sorte qu'elles soient toutes formées à utiliser ces techniques quand elles seront amenées à travailler en salle de naissance.

La première étape serait de recenser ceux qui savent réaliser la technique « un fil un nœud », puis de faire un rappel théorique suivi de travaux pratiques, aux professionnels demandant la formation, et enfin un compagnonnage sur le terrain pour la mise en application sur les femmes.

Après la formation, la réalisation d'une étude portant sur la satisfaction des professionnels et sur les complications relevées, permettrait de confirmer les avantages de cette technique. Et une évaluation de cette formation devra être réalisée pour s'assurer qu'un changement de pratique s'est effectué.

Je propose également une actualisation du protocole des réfections périnéales, en salles de naissance, étant donné que le dernier date de 2011. Le but serait d'insister sur la réalisation de la technique « un fil un nœud » lors d'une déchirure simple ou d'une épisiotomie, et la suture par surjet intradermique lors d'une déchirure de stade 1.

6. CONCLUSION

Notre objectif principal consistait à étudier la prévalence des différentes techniques de sutures périnéales réalisées par les sages-femmes, médecins et internes. Les objectifs secondaires étaient de déterminer quels sont les facteurs déterminant le choix du type de suture pratiqué en prenant en compte les formations, puis d'évaluer la tolérance des femmes à J1 et à J3 du post partum en fonction du type de réfection.

Les résultats montrent que les techniques de sutures discontinues sont majoritaires malgré un protocole de service et des arguments forts en faveur des sutures continues. Les formations pratiques sont insuffisantes pour les sages-femmes concernant les sutures continues et plus particulièrement la technique « un fil un nœud » et le surjet intradermique. La demande d'une formation pratique à la technique « un fil un nœud » est non négligeable (environ 70%) que ce soit pour les sages-femmes ou les internes. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les sutures discontinues et continues, cependant, les EN moyennes à J1 et à J3 du post partum étaient proche de 0.

Cela implique que les professionnels du CHU de Poitiers utilisent majoritairement les techniques discontinues au détriment de la qualité de vie des femmes, non prouvée dans notre étude, mais prouvée par des études randomisées avec des niveaux de preuves élevés, et cela serait potentiellement dû à un manque de formation.

Il serait donc bien, au vu de ces résultats, de créer une formation pour les sages-femmes et les internes du CHU de Poitiers à la technique « un fil un nœud ». La formation pourrait inclure les sages-femmes de tous les services du CHU de Poitiers, de sorte qu'elles soient toutes formées à utiliser ces techniques quand elles seront amenées à travailler en salles de naissance.

Il paraîtrait judicieux de réaliser un compagnonnage par les professionnels réalisant les bonnes techniques. La première étape serait de recenser ceux qui savent réaliser la technique « un fil un nœud » et le surjet intradermique, puis de faire un rappel théorique suivi de travaux pratiques aux professionnels demandant la formation, et enfin un compagnonnage sur le terrain pour la mise en application sur les patientes. Car il avait été ressortit la difficulté de la différence entre les travaux pratiques et la vie réelle sur celles ayant déjà fait des formations.

Après une formation sur cette pratique, la réalisation d'une étude portant sur la satisfaction des professionnels et sur les complications relevées, permettrait de confirmer les avantages de cette technique. Et une évaluation de cette formation devra être réalisée pour s'assurer qu'un changement de pratique s'est effectué.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSERM. Enquête nationale périnatale 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Harlicot JP. Suture épisiotomie. Disponible sur: <https://drharlicot.files.wordpress.com/2016/05/suture-ecc81pisio.pdf>
3. Merad H, Kirati K. Techniques de suture en chirurgie. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/hanamer/techniques-de-suture-en-chirurgie>
4. RCOG. The management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears, Green-top Guidelines. 2015 Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
5. Kokanalı D, Ugur M, Kuntay Kokanalı M, et al. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2011;284:275-80.
6. Ricquebours H. Revue de littérature concernant l'épisiotomie depuis les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2005. Pages 24-25. 2015. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/23eaa991-8579-45d8-ab85-76b8886131eb>
7. CNGOF. Recommandations pour la pratique médicale. 2005. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
8. Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, et al. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2008;115:472-9.
9. Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, et al. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2009;116:436-41.
10. Croce P, Signorelli P, Dedè A, et al. Selective episiotomy. Comparison of two suture technics. Minerva Ginecol. 1997;49:449-53.
11. CNGOF. « un fil, un nœud » : faut-il la promouvoir ? 2013. Disponible sur: http://www.cngof.fr/journees-nationales/aperçu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Ftechnique_chirurgicales_et_obstetricales%252FLa_technique_%25C2%25AB_un_fil_%252C_un_n%25C5%2593ud_%25C2%25BB_%253A_faut-il_la_promouvoir__.pdf
12. CNRD. Douleur périnéale en post-partum. Disponible sur: <http://www.cnr.fr/Douleur-perineale-en-post-partum.html>
13. Vazquez M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. 2008. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2008_VAZQUEZ_MARIE.pdf
14. CNSF. Code de déontologie des sages femmes. 2012. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>

15. Esnault C. Evaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. 2014. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1069463/filename/Esnault_Clara.pdf
16. Audigué J. Etude des techniques de suture utilisées par les sages-femmes au CHU de Poitiers et mesure de l'impact d'une formation pratique et théorique sur la technique « 1 fil 1 noeud » 2014. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=3/TTL=1/REL?PPN=184130034>
17. Calcerrada L. La pratique de la méthode un fil un nœud par les sages-femmes: enquête dans six maternités de la région Rhône-Alpes. Grenoble, France; 2009. 37 p.
18. Lopez M. Evaluation des techniques de suture d'épisiotomie par les sages-femmes des maternités publiques des Pays de Loire. 2015.
19. Pierre A. L'épisiotomie : pour ne pas se couper de cette compétence, étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France. 2011. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_PIERRE_ANAIS.pdf
20. Mohane S, Yazdanbakhsh M. Suture des lésions périnéales: enquête sur la formation initiale des sages-femmes. Paris, France; 2017.
21. Caumeil E, Godon P. La suture un fil un noeud: faisons le point. Montpellier, France; 2012.
22. Cochrane. Techniques de suture continue et discontinue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré. 2009. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD000947/techniques-de-suture-continue-et-discontinue-pour-la-reparation-de-lepisiotomie-ou-des-dechirures-du-second-degre>
23. Dulinskie M. Les freins au changement de technique de suture « un fil, un nœud » des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du Limousin. 2014.
24. Khaled Ismail, University of Birmingham UK. Perineal Trauma at Childbirth. 2017. Springer Editor. p. 97-114. ISBN : 978-3-319-14860-1
25. Attal N. Recommandations du CLUD pour l'évaluation de la douleur aiguë ou chronique chez l'adulte et l'enfant hospitalisé. 2013. Disponible sur: https://www.cnr.fr/IMG/pdf/Guide_evaluation_de_la_douleur_GH-janvier_2013-verrou.pdf

ANNEXES

ANNEXE I

Protocole n° : 210	GYNECO-OBST.	Page 1/2
Version N° : 1	Déchirures périnéales obstétricales	
		date : 2 mars 2011

Le bilan des lésions doit faire l'objet d'une description dans le cahier d'accouchement et fera l'objet d'un **schéma** et d'un **compte rendu opératoire en cas de périnée complet**. Il est recommandé d'utiliser la classification du RCOG pour caractériser les différentes déchirures périnéales :

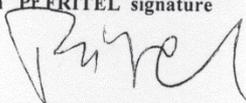
Classification RCOG:	Type de lésion		CIM10
Premier degré (I)	Muqueuse vulvaire	Périnée Simple	O700
	Peau Ano-Vulvaire		
Deuxième degré (II)	Plan musculaire		O701
	Noyaux fibreux central		
Troisième degré (III)	Sphincter de l'anus :	Périnée Complet	O702
	IIIa < 50% du sphincter externe		
	IIIb > 50% du sphincter externe		
	IIIc Sphincter interne de l'anus		
Quatrième degré (IV)	Muqueuse rectale	Périnée Complet Compliqué	O703

Exploration et suture des déchirures périnéales du premier et du deuxième degré {JMCA002} :

La prise en charge est faite en salle d'accouchement par celui ou celle qui a réalisé l'accouchement

- Nettoyage et désinfection de la vulve, champs
- Examen et bilan des lésions
- En l'absence d'anesthésie péridurale, faire une infiltration locale de lidocaïne ou un bloc des nerfs honteux (AHLB004)
- **La visualisation du sphincter externe de l'anus doit faire craindre le diagnostic de périnée complet et même s'il paraît intact doit faire l'objet de l'appel de l'équipe médicale de garde pour avis**
- Suture la muqueuse vaginale avec un surjet de fil résorbable rapide (2/0). Commencer la suture au-dessus de la partie apicale de la déchirure vaginale et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire
- Au niveau de l'orifice vulvaire, faire attention à affronter les berges de la déchirure en repérant l'hymen de chaque côté
- La suture du plan musculaire peut se faire en point séparés ou en surjet en continuant avec le même fil. Si la plaie est profonde, ne pas hésiter à faire un deuxième passage pour clore l'espace mort.
- Pour la peau le surjet intradermique par un fil résorbable diminue la douleur du post-partum comparé aux points simples, il est possible de continuer en utilisant toujours le même fil.
- Il est recommandé lorsque cela est possible d'utiliser le même surjet (résorbable rapide 2/0) pour les 3 plans (vaginal, musculaire et cutané) sans interruption cela diminue significativement la douleur en post-partum [1]
- La réfection se termine par un TR et TV
- La déchirure ET sa suture sont décrites dans le dossier

Redaction : Nom Pr FRITEL signature	Vérification : Nom PR PIERRE	Approbation : date : 2 mars 2011 nom Pr FRITEL signature
-----------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------





ANNEXE II

Lettre d'information à destination du personnel médical
(Médecins, internes et sages-femmes)

Bonjour, je suis étudiante sage-femme en Master 1,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, nous souhaitons faire une évaluation des pratiques professionnelles concernant la pratique des réfections périnéales en salle de naissance, au CHU de Poitiers. Ce mémoire sera réalisé sous la direction du Dr GACHON.

Le but de l'étude étant de savoir quel est le type de suture le plus couramment pratiqué, identifier les facteurs associés au choix d'une technique plutôt qu'une autre afin de dégager des pistes pour améliorer la prise en charge de nos patientes.

Un questionnaire personnel et anonyme vous sera remis dans vos boîtes aux lettres. Le but de ce questionnaire est de renseigner quel(s) type(s) de suture(s) vous pratiquez habituellement, en fonction de votre expérience et de vos formations. Ce questionnaire, une fois rempli, sera à remettre dans la bannette prévue, portant le nom « questionnaires individuels sutures, au niveau des salles de naissances.

Vous trouverez également **dans les dossiers verts d'accouchement, un questionnaire** à ne remplir que si votre patiente a bénéficié d'une réfection périnéale quel que soit le type de déchirure et le type de sutures. Ce questionnaire doit être rempli par le praticien ayant réalisé la suture. Une fois rempli, il reste dans le dossier vert de la patiente, et sera récupéré au staff par l'investigateur pour être analysé.

Je passerai également à la maternité pour récupérer dans les dossiers, l'EN des patientes à J1 et à J3 de leur post-partum. Le but est d'apprécier la tolérance des patientes en fonction de leur réfection périnéale.

En vous remerciant d'avance de votre aide pour la réalisation de ce mémoire et restant évidemment disponible pour tous renseignements.

Etudiante sage-femme : Caroline SANSON

Directeur de Mémoire : Bertrand GACHON

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ANONYME : Réfections périnéales**Votre fonction :**

- Sage-femme
- Médecin
- Interne

Expérience :

- Année de thèse (médecins) :
- Année de diplôme (sages-femmes) :
- Nombre de semestre (internes) :

Avez-vous bénéficié d'une formation THEORIQUE sur :

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La technique 1 fil 1 nœud : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Le surjet intradermique : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Le surjet simple : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Blair Donati : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Points séparés : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Point en X : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |

Avez-vous bénéficié d'une formation PRATIQUE sur :

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La technique 1 fil 1 nœud : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Le surjet intradermique : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Le surjet simple : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Blair Donati : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Points séparés : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |
| <input type="checkbox"/> Point en X : OUI / NON | Si oui : est-elle utile pour vous : OUI / NON |

Si vous considérez qu'une technique n'est pas utile, expliquez pourquoi :

.....

Quel type(s) de réfection(s) pratiquez-vous habituellement pour : plusieurs réponses possibles pour chaque stade**Stade 1 : lésion cutanée périnéale seulement**

- Pas de suture
- Surjet intradermique
- Surjet simple
- Points simples séparés
- Blair Donati
- Points en X
- 1 fil 1 nœud

Stade 2 : lésion mettant en jeu la peau, la muqueuse vaginale et les muscles du périnée :

- Surjet intradermique
- Surjet simple
- Points simples séparés
- Blair Donati
- Points en X
- 1 fil 1 nœud

Seriez-vous intéressé par une formation pratique à la suture périnéale ? Oui / Non

Si oui, précisez pour quelle(s) type(s) de suture(s) en hiérarchisant vos propositions par un numéro :

- Technique 1 fil 1 nœud
- Surjet intradermique
- Surjet simple
- Blair Donati
- Points séparés
- Points en X

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE Réfection périnéale (dossier vert) : Que les singletons**Parité :**

- Primipare
- Multipare

Présentation fœtale au dégagement:

- Occipito-Antérieure
- Occipito-Postérieure
- Occipito-Transverse
- Siège
- Autres

Anesthésie péridurale : OUI/ NON**Anesthésie lors de la réfection:**

- Réinjection APD
- Anesthésie locale en plus de l'APD
- Anesthésie locale seule
- Bloc du nerf honteux

Accouchement (cochez la ou les réponse(s)):

- Voie basse spontanée
 - Manœuvre de Ritgen (crochetage du menton) : OUI ou NON
- Manœuvres du siège : Si oui, précisez :
 - Lovset
 - Bracht
 - Mauriceau
- Voie basse instrumentale Si oui, précisez le(s) type(s) d'instrument(s) :
 - Ventouse
 - Forceps
 - Spatules
- Dystocie des épaules Si oui, précisez le(s) type(s) de manœuvre(s):
 - Mac Roberts + pression sus-pubienne
 - Jacquemier
 - Autres :
- Non délivrance (DA + RU) Si oui, précisez le nombre de passages :
- Hémorragie délivrance (RU) Si oui, précisez le nombre de passages :

Durée des efforts expulsifs : minutes**Début heure de suture :h.....**

Qui a fait l'accouchement : plusieurs réponses possibles

- Sage-femme
 Etudiant sage-femme Précisez l'année d'étude :
 Interne Précisez le semestre :
 Médecin

Episiotomie : OUI / NON**Déchirure :**

- Stade 1 : lésion cutanée périnéale seulement
 Stade 2 : lésion de la peau, la muqueuse vaginale et les muscles du périnée
 Stade 3a : lésion avec atteinte < 50% de l'épaisseur du sphincter externe de l'anus
 Stade 3b : lésion avec atteinte > 50% de l'épaisseur du sphincter externe de l'anus
 Stade 3c : lésion avec atteinte du sphincter interne de l'anus
 Stade 4 : lésion mettant en jeu le complexe sphinctérien anal et la muqueuse anal

Type de réfection :

- Technique 1 fil 1 nœud : OUI / NON Si oui, quel fil :

Si autre technique :

- Suture de la muqueuse vaginale : OUI / NON Si oui quel fil :
 - Surjet
 - Points séparés
- Suture du muscle : OUI / NON Si oui quel fil :
 - Surjet
 - Points séparés
- Suture peau : OUI / NON Si oui quel fil:
 - Surjet intradermique
 - Autres :

Pourquoi ce type de réfection ? Plusieurs réponses possibles (hiérarchisez vos choix)

- C'est la plus rapide n°
 La plus facile pour moi n°
 C'est celle que j'ai le plus appris lors de mes formations n°
 C'est le mieux pour la patiente n°

Qui a fait la réfection : plusieurs réponses possibles

- Sage-femme
 Etudiant sage-femme Précisez l'année d'étude :
 Interne Précisez le semestre :
 Médecin

Questionnaire à remettre dans le dossier vert. Merci pour votre participation.

RESUME

OBJECTIFS : Mesurer une prévalence des techniques de suture, et secondairement, connaître les facteurs influençant les choix en prenant en compte les formations.

METHODE : Cette étude prospective, monocentrique et observationnelle, s'est déroulée du 17/07/17 au 03/12/17 au CHU de Poitiers. L'échantillon était de 401 patientes. Un questionnaire était rempli par chaque professionnel ayant réalisé une suture en renseignant la raison de son choix. La classification du RCOG était utilisée pour classifier les types de déchirures. Chaque professionnel remplissait un questionnaire individuel concernant leurs formations, et indiquaient ce qu'ils pratiquaient en général pour les déchirures de stade 1 et 2.

RESULTATS : 55% des sutures étaient discontinues. Elles étaient réalisées dans 83% des cas par les sages-femmes. Quelque soit le type de suture, la majorité des professionnels pensaient faire ce qui était le plus adapté. 50% des sages-femmes étaient formées à la technique « un fil un nœud » contre 80% des médecins et internes. Pour une déchirure de stade 1, 80% des professionnels disaient réaliser une suture discontinue. Pour une déchirure de stade 2 ou une épisiotomie, 86% des internes et médecins disaient réaliser une suture continue par la « technique un fil un nœud » contre 25% des sages-femmes. Parmi les formations souhaitées, 70% des sages-femmes et 64% des internes voulaient une formation à la technique « un fil un nœud ».

CONCLUSION : Les sutures continues recommandées étaient insuffisantes. Une formation pratique destinée aux sages-femmes et internes pourrait permettre une meilleure prise en charge des femmes.

MOTS CLES : techniques de suture, déchirure, périnée, épisiotomie, formation médicale continue, échelle de douleur

ABSTRACT

OBJECTIVES: To assess the prevalence of suture techniques, and secondarily, to understand the factors influencing decision by taking into account training.

METHOD: This prospective, monocentric and observational study took place from 17/07/17 to 03/12/17 at the University Hospital of Poitiers. 401 patients were included. A questionnaire was completed by each professional who performed a suture by giving the reason for his choice. The classification of the RCOG was used to differentiate the types of tears. Each professional also completed an individual questionnaire concerning their theoretical and practical training, and they indicated what they usually did for stage 1 and 2 tears.

RESULTS: 55% of the sutures were discontinuous. They were performed in 83% of cases by midwives. Whatever the type of suture, the majority of professionals thought they were doing what was best. 50% of midwives were trained in the technique "1-wire 1-knot" against 80% of doctors and interns. For a stage 1 tear, 80% of the professionals performed a discontinuous suture. For a stage 2 tear or an episiotomy, 86% of the interns and doctors performed a continuous suture using the technique "1-wire 1-knot" against 25% of midwives. Among the desired training courses, 70% of midwives and 64% of interns wanted training for the "1-wire 1-knot" technique.

CONCLUSION: The recommended continuous sutures were insufficient. Practical training for midwives and interns could lead to better care for women.

KEY WORDS: suture techniques, tear, perineum, episiotomy, continuing medical education, pain scale

RESUME

OBJECTIFS : Mesurer une prévalence des techniques de suture, et secondairement, connaître les facteurs influençant les choix en prenant en compte les formations.

METHODE : Cette étude prospective, monocentrique et observationnelle, s'est déroulée du 17/07/17 au 03/12/17 au CHU de Poitiers. L'échantillon était de 401 patientes. Un questionnaire était rempli par chaque professionnel ayant réalisé une suture en renseignant la raison de son choix. La classification du RCOG était utilisée pour classer les types de déchirures. Chaque professionnel remplissait un questionnaire individuel concernant leurs formations, et indiquaient ce qu'ils pratiquaient en général pour les déchirures de stade 1 et 2.

RESULTATS : 55% des sutures étaient discontinues. Elles étaient réalisées dans 83% des cas par les sages-femmes. Quelque soit le type de suture, la majorité des professionnels pensaient faire ce qui était le plus adapté. 50% des sages-femmes étaient formées à la technique « un fil un nœud » contre 80% des médecins et internes. Pour une déchirure de stade 1, 80% des professionnels disaient réaliser une suture discontinue. Pour une déchirure de stade 2 ou une épisiotomie, 86% des internes et médecins disaient réaliser une suture continue par la « technique un fil un nœud » contre 25% des sages-femmes. Parmi les formations souhaitées, 70% des sages-femmes et 64% des internes voulaient une formation à la technique « un fil un nœud ».

CONCLUSION : Les sutures continues recommandées étaient insuffisantes. Une formation pratique destinée aux sages-femmes et internes pourrait permettre une meilleure prise en charge des femmes.

MOTS CLES : techniques de suture, déchirure, périnée, épisiotomie, formation médicale continue, échelle de douleur