

**Zeitschrift:** Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 118 (2020)  
**Heft:** 9

**Artikel:** Episiotomie : quelle pratique à l'Hôpital fribourgeois?  
**Autor:** Curty, Lara / Bole-Feysot, Charlotte / Bognard, Dolorès  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949096>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 15.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Épisiotomie: quelle pratique à l'Hôpital fribourgeois?

---

Une première analyse a été menée en 2017 suivie d'une recherche entre avril 2019 et avril 2020 pour décrire la pratique de l'épisiotomie à la maternité de l'Hôpital fribourgeois. Grâce à une remise en question de l'équipe soignante ainsi qu'à des outils de prévention périnéale, le nombre d'interventions a diminué de moitié. Les auteures du travail présentent ici leurs résultats et observations.

TEXTE:

CHARLOTTE BOLE-FEYSOT, DOLORES BONGARD, LARA CURTY

L'épisiotomie est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve. (Abbara)

Sa pratique est devenue systématique au cours du XX<sup>e</sup> siècle, bien avant d'avoir effectué des études randomisées et sans que les avantages n'aient été scientifiquement démontrés. L'épisiotomie avait pour but de prévenir les traumatismes périnéaux et ano-rectaux (Thacker & Banta, 1983).

Cependant, durant les années 80, l'intérêt de l'épisiotomie dans un but préventif a été remis en question par des publications montrant l'augmentation du risque de lésions rectales après intervention. De nombreuses publications ont montré l'absence d'intérêt de la réalisation systématique d'une épisiotomie, au profit d'une utilisation restrictive (Eckman *et al.*, 2010; Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2005).

Le terme de «violences obstétricales» s'est démocratisé, voire imposé en Romandie, et à plus large échelle en Europe. Il désigne généralement les actes médicaux interdits, non justifiés, non consentis ou les paroles dénigrantes à l'encontre des parturientes. En tant que professionnel·le·s de la naissance, nous avons réagi. Nous nous sommes remis·e·s en question à propos de la pratique de l'épisiotomie qui sans indication médicale devient une violence obstétricale. Suite à l'analyse objective de données de la littérature, les nouvelles recommandations relatives à la réalisation de l'épisiotomie ont été mises en avant puis exposées à l'équipe

soignante et médicale de l'Hôpital fribourgeois (HFR). L'objectif premier du travail était d'analyser la pratique de l'épisiotomie au sein de cette maternité puis dans un second temps d'améliorer les pratiques professionnelles en mettant à jour les connaissances de chacun·e et en suivant tous·tes une même ligne de conduite.

### Etat des lieux sur la pratique

L'objectif principal de cette analyse statistique était de réaliser un état des lieux sur la pratique de l'épisiotomie au sein des salles d'accouchement de l'HFR. Ce travail a permis d'évaluer l'évolution de son utilisation en comparaison de celui effectué en 2017 où l'on relevait une pratique de l'épisiotomie élevée.

En effet, une revue de littérature, ainsi que les statistiques pour l'année 2017 ont été présentées en février 2019 à l'équipe des sages-femmes et l'équipe médicale de l'HFR. A cette même occasion, les résultats récents de la littérature quant à la pratique restrictive de l'épisiotomie ont été présentés. Divers outils de prévention des lésions périnéales proposées dans les études ont également été présentés aux professionnel·le·s de l'HFR afin d'éviter le recours à l'épisiotomie et de limiter les blessures périnéales. Suite à cela, une deuxième «étude» a été menée, d'avril 2019 à avril 2020.

### Matériel et méthodes

Une analyse rétrospective a été menée du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 30 avril 2020. Les populations étudiées sont les femmes ayant ac-

couché par voie basse, au-delà de 34 semaines d'aménorrhée révolues, à l'issue d'une grossesse unique ou gémellaire et ayant subi une épisiotomie.

Les variables quantitatives étudiées sont:

- Gestité, parité;
- Grossesse d'un singleton ou de jumeaux;
- Type d'accouchement: spontané, instrumenté (ventouse, forceps);
- Présentation fœtale céphalique ou par le siège;
- Indications de l'épisiotomie (non recommandées au vu de la littérature): CTG intermédiaire, pathologique, suspicion de macrosomie, non progression de la présentation, indication non mentionnée;
- Poids du nouveau-né: <3000 g, 3000-3500 g, 3500-4000 g, >4000 g;
- Déchirures 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré associées;
- Opérateur·trice: sage-femme ou médecin;
- pH au cordon pathologiques;
- Accouchement spontané ou provoqué.

Pendant la durée de l'étude, 73 patientes rentraient dans les critères d'inclusion, sachant que 794 accouchements par voie basse ont été réalisés.

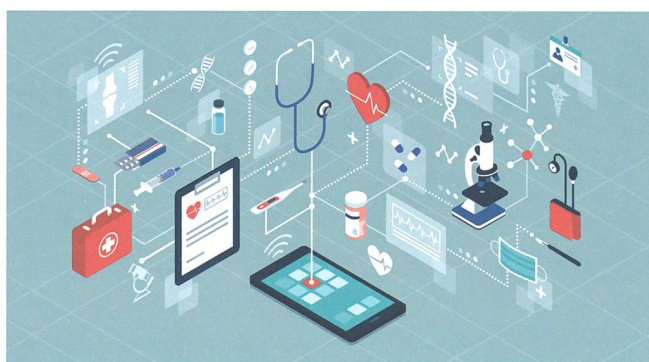
Le pourcentage total a également été examiné, sur tous les accouchements, des périnées intacts, et des déchirures 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degrés.

Le recueil de données a été effectué à partir des livrets d'accouchements. L'anonymat des patientes a été conservé.

### Diminution du nombre d'épisiotomies

Les résultats montrent un taux global de 9,2% d'épisiotomies pour l'année 2019 versus 19,8% en 2017, soit une diminution de 10,6%.

Les résultats montrent un taux global de 9,2% d'épisiotomies pour l'année 2019 versus 19,8% en 2017, soit une diminution de 10,6%.



Shutterstock

87,7 % des épisiotomies ont été effectuées sur des parturientes primipares et 12,3 % sur des parturientes multipares, contre 80 % versus 20 % en 2017.

78,1 % de ces interventions ont été réalisées par des médecins et 21,9 % par des sages-femmes, sachant que pour 35,6 %, le mode d'accouchement était spontané, 47,9 % instrumenté par une ventouse et 16,5 % par un forceps.

En ce qui concerne les indications de la réalisation d'une épisiotomie, la non-progression de la présentation est présente dans une grande majorité des cas (42,5 %), 13,7 %

les anomalies de cardiocographie, 4,1 % la suspicion de macrosomie et enfin 2,2 % une cause périnéale. Or, toutes ces indications ne sont plus mentionnées dans la littérature, seule la distance ano-vulvaire inférieure à 3 cm est retenue.

14 % d'épisiotomies sont réalisées sans aucune raison mentionnée dans le résumé d'accouchement. Ces chiffres sont similaires à ceux de 2017.

Concernant le poids de naissance, une suspicion de macrosomie n'est qu'une estimation du poids échographique où les taux de faux positifs restent importants, surtout à terme. Les résultats montrent un taux de 41,1 % de poids de naissance entre 3 kg et 3,5 kg, 26 % entre 3,5 et 4 kg, 20,5 % inférieur à 3 kg et 12,3 % entre 4 et 4,5 kg. Ces pourcentages restent équivalents à ceux de 2017.

Enfin, le taux de déchirures du 3<sup>e</sup> degré au cours de l'année 2019 (1,63 %) était quelque peu semblable à celui de 2017 (1,47 %). On retrouve 23 % de déchirures 3<sup>e</sup> degré associées à une épisiotomie alors que ce taux était de 30 % en 2017. Aucune déchirure du 4<sup>e</sup> degré n'a eu lieu. Par ailleurs, le taux de périnée intact a augmenté, passant de 5 %, à 27,3 %, mais aussi le taux de déchirures du deuxième degré (de 25,6 % à 29,8 %).

Deux autres critères ont été étudiés: 39,7 % de patientes ayant été provoquées ont subi une épisiotomie. Une hypothèse peut être évoquée avec l'apparition des douleurs précoces et intenses, d'où une antalgie par péridurale, avec une instrumentation accrue. En ce qui concerne l'état fœtal, 6,9 % des pH devenaient pathologiques suite à une épisiotomie, ce qui correspond dans nos protocoles à un pH < 7,15. Il n'a pas été démontré que l'épisiotomie améliorait l'état néonatal en cas de anomalies du rythme cardiaque durant l'expulsion, selon une étude Cochrane de 2017.

## Le taux de périnée intact a augmenté, passant de 5 %, à 27,3 %, mais aussi le taux de déchirures du deuxième degré (de 25,6 % à 29,8 %).

### Des outils pour la prévention périnéale

Suite aux premières analyses statistiques de la pratique de l'épisiotomie, au travail présenté à l'équipe et à la remise en question de tous les professionnel-le-s du service, le pourcentage intra-hospitalier d'épisiotomies est passé au-dessous des dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé qui est de 10 %. Il a été diminué de moitié!

Plusieurs outils de prévention des lésions périnéales ont été présentés à l'équipe afin de limiter le recours à l'épisiotomie. Par exemple, le massage du périnée est aujourd'hui enseigné aux femmes qui participent aux cours de préparation à la naissance à l'HFR. En salle d'accouchement, les sages-femmes appliquent des compresses chaudes sur le périnée durant la phase d'expulsion afin de protéger le périnée des femmes. Dans le même objectif, l'immersion dans l'eau est encouragée et les positions d'accouchement sur le côté sont privilégiées par rapport à la position dorsale.

Ce travail a permis de mettre en place un moyen d'informer plus précisément les parturientes sur la pratique de l'épisiotomie et sur son indication. Un consentement oral est systématiquement demandé par l'opérateur-trice avant de la réaliser.

Finalement, lorsque ce travail a débuté, le temps à dilatation complète autorisé par les protocoles de l'HFR était de deux heures pour toutes les parturientes. L'étude a pu mettre en évidence que l'augmentation de cette période pouvait diminuer le nombre d'instrumentations et donc le taux d'épisiotomies.

### Nouveau protocole

Le nouveau protocole mis en place à l'HFR en 2019 recommande deux heures de dilatation complète et une heure de poussées

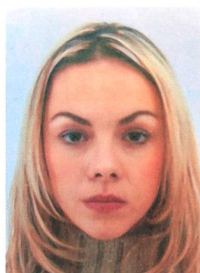
### AUTEURES



**Lara Curty,**  
infirmière sage-femme diplômée en 2016,  
travaille à l'Hôpital fribourgeois depuis 2016.



**Dolorès Bongard,**  
infirmière sage-femme diplômée en 2015 à la  
Haute Ecole de Santé Vaud, exerce depuis 2016  
à l'Hôpital fribourgeois.



**Charlotte Bole-Feynot,**  
sage-femme à l'Hôpital fribourgeois, diplômée 2013  
de l'école de sage-femme de Besançon.

## Tableau des recommandations en lien avec la pratique de l'épisiotomie

élaboré lors de la rédaction du travail en 2018

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2007)	Aucune épisiotomie de routine ne devrait être pratiquée durant un accouchement spontané (2007).
Royal College of Midwives (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'épisiotomie est associée à un plus haut risque de lésion sévère (déchirure du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré) du périnée et du sphincter anal (2012).</li> <li>La seule indication à la pratique de l'épisiotomie est une distance ano-vulvaire inférieure à 3 cm lorsque le périnée est amplifié, chez les femmes nullipares (2012).</li> </ul>
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas nécessaire. En effet, dans ce type de situations, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnée intact sans pour autant augmenter le risque de déchirures du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré (CNGOF, 2005).</li> <li>Les antécédents de déchirures du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré ne justifient pas la pratique systématique de l'épisiotomie (CNGOF, 2005).</li> <li>L'épisiotomie ne devrait pas être pratiquée de manière systématique en cas de suspicion de macrosomie (CNGOF, 2005).</li> <li>La pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (CNGOF, 2005)</li> </ul>
Organisation mondiale de la Santé (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>La pratique de l'épisiotomie de routine n'est pas recommandée.</li> </ul>
Haute Autorité de Santé (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez les primipares et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère. Si une épisiotomie est réalisée, elle doit être médio-latérale et non médiane.</li> </ul>
Sagi-Dain, L. & Sagi, S. (2015) Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> <li>D'après une revue de littérature (Sagi-Dain &amp; Sagi, 2015) ayant inclus 9769 cas de dystocie des épaules, la pratique de l'épisiotomie ne permet pas de les prévenir. De plus, la gestion de ce type de situation n'est pas améliorée grâce à une épisiotomie.</li> </ul>
Jiang, H., Quian, X., Carroli, G. & Garner, P. (2017) Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une politique restrictive de l'épisiotomie permet de diminuer de 30 % la fréquence des déchirures de type 3 et 4.</li> <li>Une politique restrictive de l'épisiotomie n'impacte pas les scores d'APGAR en comparaison avec une pratique systématique de ce geste.</li> </ul>

## Livres

Lansac, J., Descamp, P. & Oury, J-F. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il n'existe aucune indication pour pratiquer une épisiotomie systématique.</li> <li>L'épisiotomie ne protège pas contre les risques d'incontinence urinaire ou anale du post-partum, ni contre les déchirures du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré.</li> <li>Lors d'accouchements instrumentés, l'épisiotomie est souvent pratiquée. Pourtant, elle ne devrait pas être systématique.</li> <li>Il faut donc réserver l'épisiotomie aux primipares ayant une présentation postérieure avec un périnée rigide et fragile, surtout s'il s'agit d'un macrosome et que l'on doit faire une extraction instrumentale au forceps qui se révèle difficile, ou s'il y a une souffrance fœtale aiguë nécessitant la naissance rapide de l'enfant. (Lansac J., Descamps P. &amp; Oury J-F., 2006).</li> </ul>
Marpeau, L. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de prématurité, l'épisiotomie ne doit plus être pratiquée de manière systématique.</li> </ul>

actives chez les parturientes primipares s'il n'existe pas de contre-indication. Il a également été remarqué que les épisiotomies sont trop souvent réalisées sans anesthésie efficace. Une nouvelle conduite à tenir a donc été élaborée, demandant d'effectuer une anesthésie locale ou de s'assurer que l'anesthésie péridurale soit efficace avant de réaliser l'épisiotomie.

Il faut maintenant continuer sur cette lancée pour atteindre un taux d'épisiotomie encore plus bas, comme par exemple dans certains hôpitaux en Suisse alémanique ou en France, où le taux est inférieur à 5 %, sans augmentation des lésions du sphincter anal. Régulièrement des formations seront

proposées dans le but de pérenniser cette conduite à tenir.

Pour conclure, ce travail a permis de remettre en question les pratiques de collègues, qu'ils-elles soient sages-femmes ou médecins (diminution du nombre d'épisiotomies en cas d'utilisation de ventouse). Un protocole clair a été établi et des outils pratiques ont été donnés à tous-tes les professionnel-le-s accompagnant l'accouchement.

Avec le nouveau protocole qui a suivi cette recherche, les patientes sont devenues actrices de leur accouchement et non plus spectatrices passives. Leur place a été remise au centre des décisions. ◉

## Références

- Abbara, A. [www.aly-abbara.com](http://www.aly-abbara.com).
- Thacker, S. B. & Banta, H. D. (1983) Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Survey*; 38: 322-38.
- Eckman, A., Ramanah, R., Gannard, E., Clement, M. C., Collet, G., Courtois, L., Martin, A., Cossa, S., Maillet, R. & Riethmuller, D. (2010) Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du CNGOF. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; 39: 37-42. doi:10.1016/j.jgyn.2009.09.013.
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (2005) Recommandations pour la pratique clinique de l'épisiotomie. [www.cngof.fr/pratiques-cliniques](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques)