

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 101 (2003)

Heft: 3

Artikel: Pourquoi l'épisiotomie continue-t-elle d'être aussi répandue?

Autor: Brailey, Sue

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950499>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.06.2025

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

Réflexion

Pourquoi l'épisiotomie continue-t-elle d'être aussi

En dépit des études qui prouvent son inefficacité, voire sa nocivité, l'épisiotomie continue à être largement pratiquée.

Pourquoi voyons-nous de telles pratiques perdurer, quand, à la veille du 21^{ème} siècle, l'objectif de la médecine est de se baser sur les preuves?

Sue Brailey

MARSDEN Wagner [1], parlant des tentatives de l'OMS de modérer l'usage excessif d'interventions et de technologie par les obstétriciens, décrit comment ces interventions ont été acceptées par la profession médicale sans réelles preuves de leur efficacité ou de leur fiabilité. L'acceptation par les obstétriciens de l'usage routinier de l'épisiotomie, du CTG et des ultra-sons en sont de bons exemples.

Savoir pourquoi cette situation s'est installée est complexe. La réponse réside dans l'examen des croyances culturelles et du statut qui entoure la médecine. Pour comprendre l'usage très répandu de l'épisiotomie aujourd'hui, la procédure doit être vue comme faisant partie de l'approche médico-chirurgicale de la naissance. Les taux inacceptables d'épisiotomie reflètent en partie le modèle bio-médical de la santé qui domine la médecine occidentale. Ce modèle est caractérisé par le fait que le corps est vu comme une machine qui peut se casser et être séparé en pièces détachées. Dans ce système médical, l'esprit est distinct du corps, les médecins se sentant responsables prioritairement de la santé physique et non de la santé psychologique de leur patient. Un haut statut est donné à la technologie et à la chirurgie, au détriment d'interventions moins techniques. La responsabilité individuelle en matière de santé abdique face à la connaissance qui fait autorité et que possède la profession médicale. De ce fait, les ramifications psychosociales de l'épisiotomie ne sont pas reconnues et la chirurgie, plutôt que le non-inter-

ventionnisme technique, comme une compresse chaude, est considérée comme nécessaire pour améliorer un acte physiologique. C'est dans un tel contexte culturel que les décisions médicales ne sont pas contestées.

Un modèle de santé patriarcal

Le modèle médical de la santé est en soi patriarcal. La médecine continue d'être dominée par les hommes, pas seulement du fait du nombre d'hommes actifs dans la profession, mais aussi de par sa culture et sa philosophie. Comme un reflet du statut inférieur de la femme dans la société, le corps de celle-ci tend à être vu comme imparfait et peu fiable. Sans respect pour la capacité des femmes à donner la vie, la naissance est vue comme un acte qui a besoin d'être contrôlé et géré de manière active. Le fait de penser que le plancher pelvien n'est pas capable d'élasticité pour permettre au bébé de passer, sans que ce soit au détriment de la mère ou de l'enfant, et que couper le périnée permettra de remédier à cette situation, en est une illustration parfaite.

L'augmentation de l'usage de l'épisiotomie est associé à une augmentation de la présence des médecins lors de la naissance, au retrait de certaines compétences aux sages-femmes et à

un glissement de la naissance à la maison vers la naissance à l'hôpital. La naissance a été retirée aux femmes sur deux plans, pas seulement enlevée aux femmes ayant des bébés, mais aussi aux sages-femmes qui, à la fin de la journée, sont des femmes elles aussi. Les obstétriciens ont aussi été formés comme chirurgien et ils tendent à agir comme tels.

Tout est pour le mieux lorsqu'une femme a besoin de chirurgie, mais pour la plupart des femmes, donner la vie doit être un «heureux événement», physiologique et social. Pas un événement médical.

Que peut-on faire en Suisse?

Et chez nous, que peut-on faire pour réduire ce taux d'épisiotomie si inacceptablement élevé? Dans d'autres pays, les améliorations dans le domaine des soins en maternité ont souvent été amenés par un mouvement de consommatrices et par un renforcement de la profession de sage-femme. L'Angleterre, la Nouvelle Zélande et le Canada en sont de bons exemples.

Un renforcement de la profession de sage-femme pourrait avoir un effet positif sur les taux d'épisiotomie, car il existe de nombreuses preuves que les sages-femmes ont des taux d'épisiotomies plus faibles que les médecins [2]. On peut notamment le vérifier par les taux d'épisiotomie extrêmement faibles des maisons de naissance en Suisse (voir article page précédente).

De fait, les quelques maisons de naissance qui font appel à des médecins pour assister aux naissances ont des taux d'épisiotomie jusqu'à dix fois plus élevés que les maisons de naissance où aucun médecin n'est présent. En fait l'OMS soutient que les sages-



D'origine anglaise, **Sue Brailey** est diplômée de l'Université Westminster en sciences sociales. Elle s'est formée ensuite comme infirmière, puis sage-femme. Après avoir exercé huit ans comme indépendante à Londres, elle s'est installée en Suisse, et collabore à la maison de naissance Oberburg.

répandue?

femmes sont les professionnelles de santé les plus appropriées pour des femmes ayant une grossesse, un accouchement et une période post-partum normaux [3] et exprime une certaine retenue quand les médecins sont impliqués dans les soins à des femmes ne présentant pas de complications.

Une manière de réduire le nombre d'épisiotomies effectuées serait de revoir la tendance des sages-femmes à appeler le médecin lors de naissances normales.

Comme Marsden Wagner l'écrit de manière si éloquente: «la sage-femme est une personne qui a des mains habiles et qui sait quand s'asseoir dessus».

Il est du devoir des sages-femmes de mettre à jour leurs connaissances et de pratiquer de manière réfléchie et critique. Se tenir au courant des recherches actuelles est essentiel si les sages-femmes veulent être capables de remettre en question des formes de soins qu'elles désapprouvent.

Un moyen de lutte majeur: les statistiques

Les sages-femmes doivent aussi avoir une conscience politique et sociale. Malheureusement, les sages-femmes ne sont pas seulement formées dans les limites du modèle bio-médical décrit plus haut, mais elles vivent aussi dans une société qui avalise ce modèle bio-médical de la naissance. Si les sages-femmes n'en prennent pas conscience, elles peuvent se trouver complice de la médicalisation de la naissance, même si c'est peut-être sans le vouloir.

Une composante cruciale des mouvements de consommateurs, c'est l'idée que les gens sont capables de faire des choix. Où et avec qui les femmes vont-elles accoucher, voilà qui détermine le type de l'expérience de la naissance qu'elles auront.

Les femmes réalisent-elles qu'elles ont le choix? Et si oui, ont-elles assez

Dans les maisons de naissance suisses, le taux d'épisiotomie est généralement très bas et, ce qui est intéressant, inversement proportionnel au nombre d'accouchements dans l'eau.

d'informations pour faire ce choix? Pour que les femmes puissent faire un choix informé sur les formes de soins qu'elles reçoivent, elles doivent avoir accès à une information basée sur les preuves et non biaisée, et à des données à jour sur l'endroit où elles vont accoucher ou sur la pratique de la personne avec laquelle elles vont accoucher. Pour que cela puisse être une réalité, il faut collecter des statistiques de naissances qui doivent être considérées comme une propriété publique.

Si les femmes savaient par exemple que l'hôpital où elles envisagent d'accoucher a des taux d'épisiotomie de près de 65%, elles pourraient alors choisir d'accoucher ailleurs ou mettre la pression sur cet hôpital pour qu'il révise sa pratique.

C'est ainsi que, dans les années 1970, la seconde vague de mouvement féministe en Angleterre a engendré des manifestations devant les hôpitaux qui avaient un taux élevé d'épisiotomie. En tant que sages-femmes, nous

avons le devoir de donner aux femmes l'information dont elles ont besoin pour leur permettre de faire des choix au sujet des soins qu'elles veulent recevoir.

Tant que la vision médicale de la naissance ne sera pas contestée par celles et ceux qui travaillent en son sein et par celles qui la consomment (c'est-à-dire les femmes elles-mêmes), peu de choses changeront.

Sue Brailey
(traduction F. Gogniat Loos)

Bibliographie

- [1] Marsden Wagner: Pursuing the Birth Machine. The Search for Appropriate Birth Technology. Ace Graphics 1994.
- [2] Hueston W. J., Rudy M.: A comparison of labor and delivery management between nurse midwives and family physicians, J. of Family Practice, vol. 37, no 5, November 1993, pp. 449-454.
- [3] World Health Organisation: Care in Normal Labour. Department of Reproductive Health and Research. 1996.



Photo: Susanna Hufschmid