PANTHERE PREMIERE

44 %

L’épisiotomie ou la violence médicale banalisée

Par ppcm

Type : chronique, enquête & analyse, tombola chemise
Thèmes : corps, intime, médecine, pouvoir, soin, violence, violences

Obscurs, abstraits, réducteurs ou mensongers, les chiffres construisent un monde en trompe-l’œil et font écran à des réalités bien concrètes. Dissection du numéro gagnant.

Lors d’un accouchement, si l’orifice vulvaire de la mère est jugé trop étroit pour permettre le passage du bébé sans encombre, les médecins et les sages-femmes peuvent l’agrandir en incisant la paroi vaginale sur plusieurs centimètres, au moyen de ciseaux ou d’un scalpel. Cette intervention est appelée *épisiotomie*. Bénigne en théorie, elle est justifiée tantôt par la prévention contre les déchirures du périnée [1], tantôt par la nécessité de préserver l’enfant d’une pression trop importante et prolongée au moment de la naissance. La théorie omet toute–fois de préciser que l’intervention revient à trancher des nerfs appartenant à la structure clitoridienne. Les complications qui peuvent s’ensuivre s’échelonnent à plus ou moins long terme : hémorragie, infection, mauvaise cicatrisation, douleurs pendant les rapports sexuels, gêne. Et à cette liste il faut encore ajouter nombre de souffrances résistant à la mesure en raison de leur caractère psychologique et du tabou qui entoure encore la sexualité féminine.

Dans le cadre de l’enquête nationale périnatale, tous les accouchements ayant eu lieu en France dans la semaine du 15 au 21 mars 2010 ont été étudiés : l’épisiotomie a concerné 44 % des femmes qui accouchaient pour la première fois (dites « primipares ») et par voie basse, c’est-à-dire sans césarienne [2]. Un peu moins d’une sur deux. La nature jouerait-elle à pile ou face ? Rien n’est moins sûr, tant les taux d’épisiotomie varient à travers le monde. Ainsi, dans plusieurs pays d’Amérique latine, l’épisiotomie est presque systématique [3] et selon une enquête de 2010, en Europe, ils varient entre 5 % au Danemark et 75 % à Chypre [4].

Selon l’histoire de l’obstétrique, la pratique de l’épisiotomie aurait été décrite pour la première fois en Irlande au milieu du XVIII^{e} siècle. À partir des années 1920, les accouchements, traditionnellement supervisés par des sages-femmes, à domicile, le sont de plus en plus souvent par des médecins, à l’hôpital [5] : l’obstétrique définit peu à peu la naissance comme un processus à prendre en charge à la façon d’une pathologie. Dans ce cadre, l’incision serait préventive. En accélérant le travail, elle réduirait les traumatismes causés par l’enfantement. À l’orée des années 1980, alors que son utilisation lors des accouchements médicalisés s’est généralisée, l’épisiotomie de routine commence à être critiquée au sein du milieu médical. En 1996, un rapport de l’Organisation mondiale de la

santé (OMS) classe l'épisiotomie dans la catégorie des *« pratiques fréquemment utilisées à tort »* et préconise de réduire à 10 %, partout dans le monde, le taux d'accouchements accompagnés d'un tel acte. En effet, les études recensées par le groupe de travail de l'OMS ne permettent pas d'affirmer que l'épisiotomie protège le fœtus. Elles ne prouvent pas non plus que l'incision prévient les lésions du périnée : en revanche, celle-ci augmenterait leur gravité et le risque de complications [6]. Une décennie plus tard, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) présente néanmoins de nouvelles recommandations pour la France, où la situation a peu évolué. Ne parvenant pas à identifier les conditions dans lesquelles l'épisiotomie est requise, et considérant que le choix d'y recourir, comme la manière de l'exécuter, varient d'un·e praticien·ne à l'autre, le CNGOF juge *« déraisonnable de définir un taux global brut idéal »* et se contente de recommander une *« politique incitative »* visant à passer sous les 30 %, au lieu des 47 % constatés en 2002-2003 [7]. L'indolence de ces experts est à l'image de la persistance de l'épisiotomie en France. Elle n'est compréhensible qu'à condition d'envisager l'écheveau d'habitudes et de contraintes dans lequel s'inscrit cette pratique.

Les violences gynécologiques et obstétricales connaissent depuis quelques années une médiatisation accrue en France grâce à la mobilisation de collectifs tels que le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane), à l'intérêt de journalistes et de blogueuses [8] et à la multiplication de témoignages. Le « point du mari » [9], les césariennes imposées et les touchers vaginaux pratiqués sur patientes endormies suscitent à juste titre écœurement et scandale. Mais les tenants de l'ordre médical, lorsqu'ils ne s'attachent pas à justifier ces pratiques, disqualifient la critique en arguant de leur exceptionnalité – et de leur diminution, dans le cas des épisiotomies injustifiées. Or, ces actes appartiennent à l'ensemble plus vaste et banalisé des gestes brutaux, des examens abusifs, des décisions imposées, des commentaires humiliants, des conseils déplacés et des actes inutiles et néfastes. Là réside une violence ordinaire considérable, rationalisée par le discours médical. Elle est soutenue par des dynamiques que la pratique de l'épisiotomie illustre avec force.

On peut observer que les conditions dans lesquelles se déroulent la plupart des naissances médicalisées favorisent le recours à l'incision. La position allongée sur le dos gêne le passage du bébé ; la prise d'ocytocine [10], courante, et la restriction des mouvements de la mère suscitent de pénibles tensions ; le stress et la douleur incitent à solliciter une péridurale, disponible dans tous les services. Anesthésiée, parfois excessivement, la parturiente est alors (jugée) moins à même de prendre seule en charge l'effort d'expulsion : plutôt que de prendre le temps d'éprouver l'élasticité des tissus, couper accélère la sortie du bébé. Car il faut se presser. Selon le CNGOF, une extraction instrumentale – qui s'accompagne souvent d'une épisiotomie – s'impose au-delà de trente minutes de poussée, puisqu'il est considéré que le fœtus peut alors venir à manquer d'oxygène. Le caractère discutable de cette durée définie arbitrairement, assumé par ses prescripteurs du Collège national, est évacué lorsqu'elle se trouve intégrée aux cours d'obstétrique ou adoptée comme référence par les praticien·nes inquiet·es des poursuites judiciaires en augmentation [11]. La vitesse est aussi augmentée par les exigences de rendement qui pèsent sur le personnel hospitalier à l'heure des restrictions budgétaires. Souvent en sous-effectif et engagé·es dans plusieurs interventions simultanées, les médecins et les sages-femmes peuvent être prompt·es à user de l'ocytocine, de la péridurale et de l'épisiotomie afin d'alléger la charge de travail.

Mais c'est aussi la banale persistance d'une technique. Le manque de considération pour

l'expérience des parturientes, qui prévaut dans le milieu médical, repose sur l'assurance d'un savoir-faire légitime chez les professionnels. Il transparaît dans les soupirs de certain·es médecins et sages-femmes lorsqu'est soulevée la question du consentement, rarement sollicité dans le cas de l'épisiotomie [12]. Plus généralement, les femmes enceintes sont très peu, voire pas informées de cette pratique. Avec l'accouchement, les ressorts de l'expertise médicale – primauté du savoir scientifique, intimidation, rituel – sont poussés à l'extrême. S'il est des cas de complications justifiant l'usage de protocoles fondés prioritairement sur le savoir médical, la conception pathologique du corps de la mère (incapable d'expulser seul) et, dans une certaine mesure, de l'enfant s'exprime avec force dans de nombreuses maternités classiques, y compris pour les accouchements qui se déroulent bien. Si l'on aura compris que l'enfant doit rester le moins de temps possible dans le corps « dangereux » de la mère, le vocabulaire concourt lui aussi à établir une atmosphère dramatisée. L'usage des expressions « détresse fœtale » et « souffrance fœtale », qui justifie souvent l'accélération de l'expulsion, est jugé abusif par certain·es obstétricien·nes. Ces expressions recouvrent en effet une grande diversité de situations qui ne correspondent pas toujours, pour l'enfant, à un état de santé dégradé. Cette « souffrance » et cette « détresse » sont déterminées en fonction de mesures (principalement celle du rythme cardiaque fœtal) considérées comme alarmantes au-delà de seuils fixés de manière conventionnelle – ils sont constamment discutés dans le champ de la recherche médicale. Utilisés comme norme pratique sans être ajustés aux singularités de l'accouchement, ces critères deviennent arbitraires. Ce faisant, ils contribuent à établir *un* bon scénario et à rendre indiscutables le dispositif d'accouchement en vigueur et ses contraintes. Ainsi, tout au long de la chaîne de la naissance standardisée, la technique médicale réduit des menaces qu'elle contribue à agiter.

Parmi ces menaces, la douleur de l'enfantement est présumée inévitable, y compris hors du milieu médical : si ce n'est pas pendant les contractions, ce sera lors de l'expulsion ou après. Vue sous cet angle, l'épisiotomie est un dommage collatéral anecdotique et les praticien·nes peuvent être sincèrement blessé·es par l'ingratitude de leurs patientes qui les soupçonnent de sadisme. L'affrontement entre une expertise réputée intouchable, car fondée scientifiquement et objective, et une expérience intime qui s'estime niée suspend toute réflexion quant à la participation de l'ordre médical à la violence vécue. Ici, la souffrance acceptable pour le personnel médical s'oppose à celle que la femme peut s'approprier. Il ne s'agit pas de réclamer la disparition de toute douleur : on serait pour commencer bien en peine d'en fournir une définition générale, tant elle peut être appréciée de façons différentes. Il ne s'agit pas non plus de revendiquer une pureté anti-médicale, dans la mesure où les savoirs de la médecine peuvent faire l'objet d'usages bénéfiques. Il s'agit, comme le proposent différentes alternatives à la grossesse standardisée, d'ancrer l'accouchement dans l'expérience de la mère plutôt que dans une gestion médicalisée qui construit l'inaptitude du corps féminin [13].

« Avec ta peau de blonde, tu es bonne pour l'épisio. » Avertie des problèmes posés par cette intervention, Marion [14] souhaitait contredire cette prédiction que lui avait faite une sage-femme chargée du suivi de sa grossesse. Contre l'avis de son frère, jeune médecin, qui lui assurait qu'*« un accouchement, c'est ocytocine-péridurale-épisiotomie »*, elle a cherché une maternité ayant opté pour une pratique réduite de l'incision. Finalement, sa « peau de blonde » a fait preuve de souplesse. Aux disparités entre les pays s'ajoutent en effet celles entre établissements [15]. En France, de plus en plus de maternités indiquent leur taux d'accouchements avec épisiotomie. Surtout celles qui s'efforcent de le faire baisser, à

l'image de la maternité de Besançon qui serait récemment passée sous la barre des 1 %. Dans la presse, la nouvelle a fait les gros titres. Mais, si cet engouement médiatique semble de bon augure, il ne doit pas occulter le caractère encore trop exceptionnel d'une telle démarche.

Crédit illustration : Théodora Jacobs

---

[1]Le périnée est un ensemble de muscles situé entre les parties génitales et l'anus, chez la femme comme chez l'homme. Il soutient les organes du petit bassin (voies digestives, urinaires et génitales).

[2]B. Blondel et M. Kermarrec, « Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », Inserm et Drees, 2011. Cette enquête a porté sur 14 380 accouchements, dont 11 353 par voie basse. Parmi ces derniers, 4 780 ont concerné des primipares. 14 % des 6 573 multipares ont eu une épisiotomie – ce qui correspond à 27 % d'accouchements par voie basse avec épisiotomie.

[3]Sur ce sujet et plus spécifiquement sur les violences obstétricales au Mexique, voir les travaux de l'anthropologue Mounia El Kotni.

[4]Voir le rapport « European Perinatal Health Report », 2010. Disponible sur europeristat.com.

[5]Voir à ce sujet Sharmila Naudou, « Sages sorcières », *Z*, n°10, 2016.

[6]Organisation mondiale de la santé, « Les soins liés à un accouchement normal », 1997.

[7]Il s'agit de la moyenne sur l'ensemble des primipares et multipares ayant accouché en France sur un an – 68 % des primipares, 31 % des multipares. CNGOF, 2005.

[8]En particulier Marie-Hélène Lahaye sur son blog « Marie accouche là », marieaccouchela.blog.lemonde.fr.

[9]Pratique consistant, lors de la suture après une déchirure ou une épisiotomie, à recoudre de manière à rétrécir l'orifice externe du vagin et ainsi, supposément, augmenter le plaisir du partenaire masculin.

[10]Hormone qui vise à accélérer le travail.

[11]Opérer une extraction instrumentale au-delà d'une durée d'efforts expulsifs de référence, avec ou sans anomalie du rythme cardiaque fœtal, peut être une manière d'anticiper les condamnations pour négligence ou « attentisme ». En ce qui concerne les extractions instrumentales, c'est moins le nombre de plaintes qui augmente que celui des plaintes qui aboutissent, ainsi que le montant des indemnisations, donc des assurances professionnelles. F. Pierre, M. Jousse, « Aspects médico-légaux de l'extraction instrumentale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 37, n°8S1, 2008.

[12]Voir l'enquête du Ciane à ce propos. L'épisiotomie est pourtant concernée par l'article L1111-4 de la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui stipule qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

[13]Sur la médicalisation de la naissance, voir les travaux d'Elsa Dorlin, Jacques Gélis ou encore Robbie Davis-Floyd, mais aussi le site Internet de la Société d'histoire de la naissance. En France, les féministes, traditionnellement centrées sur la défense du choix, se tiennent encore très à l'écart des questions soulevées par la maternité. Aux côtés des brochures et blogs existants, rares mais précieux, des publications récentes comme le livre de Lætitia Négrié et Béatrice Cascales, *L'accouchement est politique* (L'Instant présent, 2016), ouvrent néanmoins la voie vers une critique féministe du traitement médical de la grossesse.

[14]Le prénom a été modifié.

[15]Les travaux de Priscille Sauvegrain suggèrent qu'outre l'organisation des soins, l'ouverture et la formation du personnel, le traitement médical différencié des patientes en fonction de leur origine sociale ou ethnique perçue pourrait être une autre expli-cation des variations. Voir notamment P. Sauvegrain, « La santé mater--nelle des

“Africaines” en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28 (2), 2012.

Texte paru dans le Numéro 1, automne 2017 de Panthère Première.