

EDITORIAL

D'abord on n'y pensait pas, puis elle est devenue systématique pour les primipares ou peut-être même pour toutes les parturientes, ou peut-être était-ce



le contraire... Puis les études se sont répandues: alors, avec ou sans épisio? Médiane, médio-latérale ou latérale? Quelle est la bonne méthode, laquelle choisir?

Aujourd'hui, le développement de l'«evidence base medicine» implique le choix d'une attitude, sa recommandation et son application par l'ensemble des praticiens.

Si la pratique de l'épisiotomie peut éviter bien des déchirures dramatiques ou de grosses réanimations néonatales, elle est encore trop souvent utilisée de manière systématique.

Que dire en effet une épisiotomie obligatoire lorsque l'accouchement est pratiqué par une étudiante? Ou parce que le médecin de garde n'est pas formé pour suturer une déchirure de deuxième degré, demandant un peu plus d'expérience qu'une incision à berges bien «nettes»? Combien de raisons invoquées n'ayant finalement pour but qu'un certain «confort obstétrical»?

Entre les directives médicales, les habitudes professionnelles et les dernières études, on oublie malheureusement trop souvent qu'il y a une femme en question, qui souhaiterait sûrement que l'on accorde un peu plus d'individualité à son périnée.

Et par là même un peu plus de considération à sa féminité!

C. Finger
Christine Finger

Episiotomie de routine

Une pratique sans

Bien que l'épisiotomie soit l'un des actes chirurgicaux les plus répandus au monde, elle a été introduite sans preuves scientifiques solides concernant son efficacité. Aujourd'hui, de plus en plus de voix s'élèvent pour affirmer qu'il faudrait en faire un usage beaucoup plus restrictif. Petite revue de la littérature récente.

Fabienne Gogniat Loos

C'EST semble-t-il une sage-femme écossaise qui décrivit pour la première fois l'épisiotomie, en 1742 déjà [1]. L'épisiotomie n'a ensuite été largement utilisée que dès les années 1920. A cette époque, des obstétriciens américains [2] ont décrété que la naissance était un processus résolument pathologique et qu'une petite incision du périnée accélérerait le travail, réduirait les traumatismes et permettrait au périnée de retrouver une quasi-virginité après une suture adéquate. L'épisiotomie devint donc une pratique standard aux Etats-Unis et au Canada, à un degré un peu moindre en Europe. Le type de l'incision varie. En Amérique du Nord, on privilégie l'épisiotomie médiane, tandis qu'en Europe le standard est plutôt la procédure médiolatérale (sur le côté droit pour les droitières et gauche pour les gauchères). A ce stade, une question s'impose: y'a-t-il des preuves que l'épisiotomie de routine est utile? Les partisans de l'épisiotomie systématique invoquent généralement le fait que les épisiotomies guérissent mieux que les déchirures, préviennent les déchirures du 3^{ème} degré et réduisent les risques de prolapsus (descente d'organes), d'incontinence urinaire ou anale et de dyspareunie. Ses détracteurs affirment qu'elle provoque un plus grand nombre de déchirures graves (trois fois plus) pouvant mener à une incontinence fécale, des fistules vagino-anales et de l'incontinence urinaire. Cependant, sa pratique n'est pas remise en cause dans des cas spécifiques, quand le bébé est en danger par exemple. Des sages-femmes (et quelques médecins) préconisent une bonne préparation du périnée pendant la grossesse par des exercices et des massages. Une chose est sûre, les ar-

ticles à ce sujet sont légion¹. Nous allons en parcourir quelques uns.

Revue systématique

La première revue systématique de cette procédure a été publiée en 1984 [3]. A cette époque, les preuves (3 études avec groupe de contrôle mais sans tests randomisés contrôlés) étaient trop minces pour évaluer le bienfait de la procédure. Les auteurs notaient que les bénéfices supposés de l'épisiotomie (prévention des déchirures du troisième degré, dommage au plancher pelvien et blessures fœtales) étaient plausibles, mais pas prouvés. Néanmoins, ils soulignaient aussi que les risques de l'épisiotomie (extension de l'incision, perte de sang, douleur, infection, etc.) étaient sérieux.

Par la suite, en 1995, une revue systématique de la littérature montra que l'épisiotomie prévenait des déchirures périnéales antérieures (blessure qui n'a pour conséquence qu'une morbidité minimale), mais qu'elle ne conférait aucun des autres bénéfices pour la mère ou l'enfant qu'on lui accordait traditionnellement [4]. L'auteur ajoute que l'incision augmente de manière substantielle la perte de sang maternel, la profondeur moyenne de dommage postérieur au périnée, le risque de dommage au sphincter anal, le risque de guérison impropre de la plaie périnéale et le niveau de la douleur post-partum. Une étude du même type, plus récente encore, car datant de septembre 2002 [5] parvient exactement aux mêmes conclusions: l'information disponible montre que l'épisiotomie de routine doit être peu à

¹ Pour s'en convaincre, il suffit de faire une recherche sur le thème «episiotomy» sur le site medline (qui recense tous les articles scientifiques qui sortent = <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>), et voir apparaître une liste de 1195 études!

fondements!

peu abandonnée. La revue systématique de la Cochrane Collaboration date de mai 1999 [6]. Elle inclut six études randomisées contrôlées, publiées depuis 1983. Ces études comparent l'utilisation restrictive de l'épisiotomie avec une utilisation de routine. Les données des six études ont été combinées. Dans le groupe épisiotomie de routine, 72,7% des femmes (1752/2409) ont eu une épisiotomie contre seulement 27,6% des femmes (673/2441) dans le groupe à l'épisiotomie restrictive. Si l'on compare les deux approches, l'utilisation restrictive de l'épisiotomie a provoqué significativement moins de traumatismes au périnée postérieur, moins de sutures et moins de complications sur le plan de la guérison que les épisiotomies de routine. Par contre, l'utilisation restrictive de l'épisiotomie était associée à plus de traumatisme au périnée antérieur. Il n'y avait pas de différence dans l'incidence de traumatisme vaginal sévères, de dys-

paurénie, d'incontinence urinaire ou de douleurs sévères.

Les réviseurs de la Cochrane en concluent que les politiques d'utilisation restrictives ont un bénéfice clair, mais appellent de leur vœu de futures études pour répondre à des questions telles que: quelles sont les indications pour l'utilisation restrictive de l'épisiotomie lors d'une naissance assistée, d'une délivrance avant terme, d'une naissance en siège, dans des cas de macrosomie et quand une déchirure est supposée imminente? Il faudra encore répondre à ces questions. L'une des interrogations les plus importantes, mais aussi l'une des plus difficiles à vérifier par une étude randomisée contrôlée est celle de la relation (si elle existe) entre l'épisiotomie et les désordres du plancher pelvien plus tard dans la vie, surtout l'incontinence urinaire d'effort et le relâchement du plancher pelvien. Il y a aujourd'hui un manque d'études à ce niveau-là aussi.

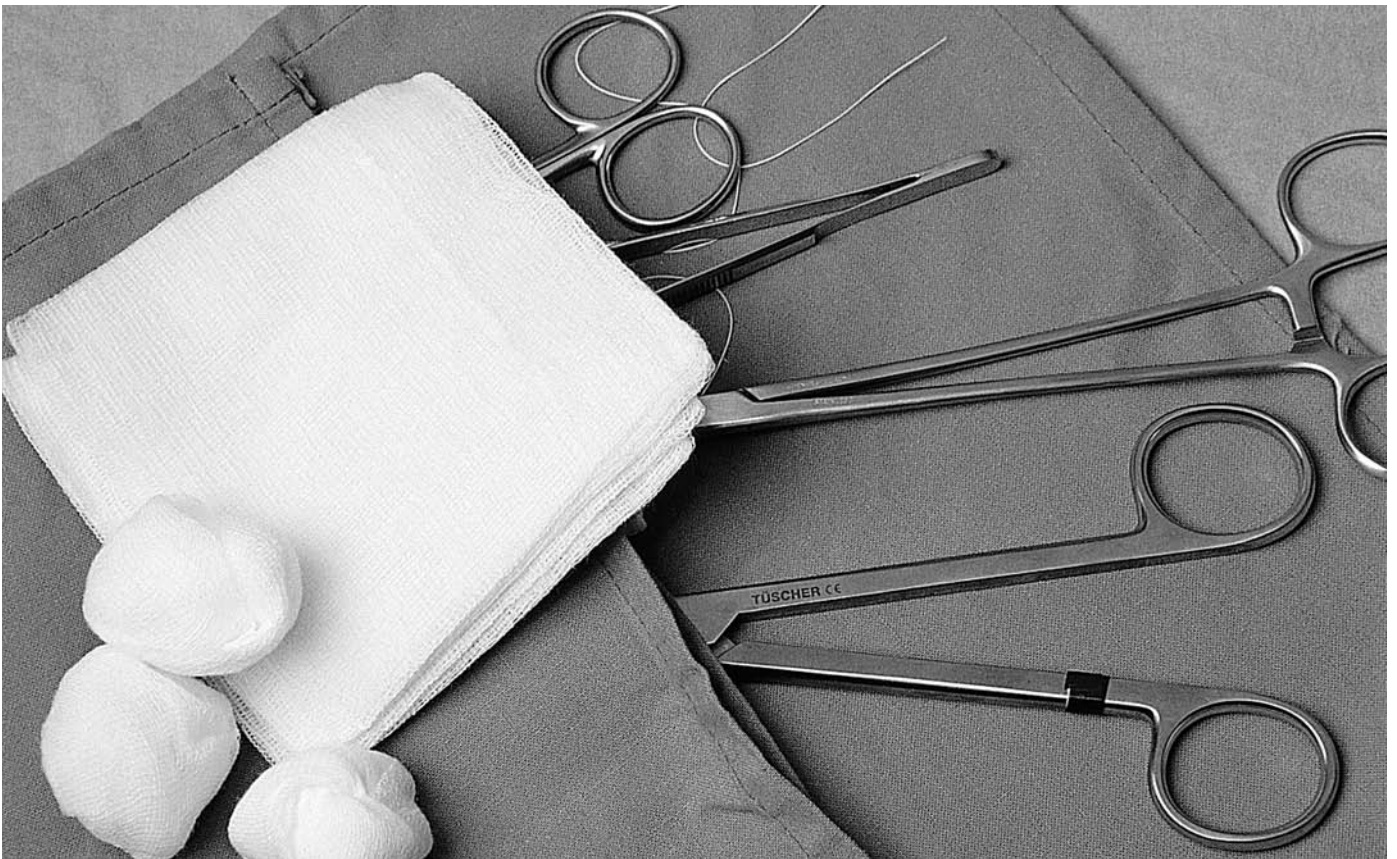
Définition

Qu'est-ce qu'une épisiotomie?

Si l'on demande à une sage-femme ou à un gynécologue, il répondra qu'il s'agit d'agrandir, au moyen d'une incision, les dimensions de l'orifice vulvaire au moment de l'accouchement, en coupant vers l'arrière, donc en s'éloignant du pubis. Pourtant, si vous posez la même question à un spécialiste de linguistique, peu féru de science obstétricale, nul doute qu'il vous répondra que ce terme vient du grec ancien, plus précisément de «tomie» (couper) et de «epision» le pubis et qu'il s'agit donc de couper le pubis! Voilà déjà un sujet de polémique! Il serait plus juste de parler de périnéotomie!

Une autre recherche nécessaire serait d'évaluer quelle technique d'épisiotomie est la meilleure: médiane ou médiolatérale? Seules deux études ont été publiées à ce sujet, mais elles ont été

Photos: Susanna Hüfsmid



«L'épisiotomie est l'opération chirurgicale la plus fréquemment pratiquée sur les femmes. Son usage est si routinier qu'on semble oublier que c'est une procédure chirurgicale, avec les risques, complications et conséquences que cela comporte» Barbara K. Rothman, «Episiotomy» in *Encyclopaedia of Childbearing: Critical Perspectives*, Oryx Press, 1993, p. 126.



N'est-il pas indécent de tenir aux Africains de beaux discours sur l'intégrité physique des femmes et la nécessité d'abandonner des pratiques ancestrales comme l'excision, alors que chez nous, quotidiennement, on mutile inutilement des parturientes?

exclues de la revue Cochrane car de qualité méthodologique insuffisante. Tout reste donc à faire.

Les plaies des déchirures guérissent mieux

Les partisans de l'épisiotomie avancent entre autres comme argument que celle-ci guérit mieux que les déchirures. Or les recherches nous prouvent exactement le contraire. Une étude [7] parue en 1991 a comparé la guérison du périnée à deux semaines post-partum chez 181 femmes ayant eu une épisiotomie et 186 femmes ayant eu une déchirure naturelle. Dans le groupe épisiotomie, 7,7% des femmes présentaient une plaie qui guérissait mal contre 2,2% dans le groupe sans épisiotomie. De plus, comme dans tout acte chirurgical, le risque d'infection est important. Lors d'une étude clinique prospective [8], un taux d'infection et une période de guérison significativement plus élevés ont été reportés dans le groupe «épisiotomie» par rapport au groupe «déchirure périnéale».

En fait, une infection résultant d'une épisiotomie peut causer la mort de la mère, même si ces cas sont rares. Entre 1969 et 1976, des épisiotomies infectées par la gangrène ont été la cause de 27% (3/11) des morts maternelles dans le comté de Kent en Californie [9]. Il ne faut pas minimiser ce risque.²

² Voir à ce sujet et pour d'autres explications, l'excellent article de Sue Brailey, publié dans la partie germanophone de ce numéro.

³ Voir les chiffres 2002 sur www.drfooster.co.uk

Quel est le taux idéal?

En l'état actuel des recherches, il est difficile de fixer le taux «idéal» d'épisiotomie. L'OMS, dans les années 90, recommandait de ne pas dépasser 10 à 20%. Les habitudes mondiales vis à vis de l'épisiotomie sont connues de façon approximative en fonction des différentes publications.

Donnons quelques chiffres intéressants: en Suède, ce taux est d'environ 9% chez les primipares [10], au Québec (Canada), il est passé de 72,2% en 1982/83 à 31,8% en 1999/2000 [11]. En Angleterre, le taux d'épisiotomie, y compris les prématurés et les naissances instrumentées, est de 12,9%. La plupart des hôpitaux ont des taux situés entre 11 et 16%³. En France, plus de 71% des primipares ont une épisiotomie (chiffre de 1998). Mais ce taux tombe à 36% lors des accouchements suivants. En Argentine, l'épisiotomie est quasiment systématique chez la primipare [12]. Par ailleurs, il apparaît que les sages-femmes réalisent en général moins d'épisiotomies que les médecins [13], et que les pays où les sages-femmes sont puissantes ont des taux d'épisiotomies plus bas que dans les autres pays où la profession médicale domine.

En Suisse, les chiffres sont malheureusement extrêmement difficiles à obtenir et la procédure relève plus du parcours du combattant que d'une politique ouverte d'information (voir article pages 28–29).

Une tendance qui n'est pas inéluctable!

Ici et là, des équipes obstétricales (médecins et/ou sages-femmes), conscients du caractère souvent trop élevé de ces chiffres, prennent des initiatives et montrent qu'il est possible de réduire de manière importante le pourcentage des épisiotomies sans pour autant observer une augmentation des déchirures périnéales graves. Ainsi en France, le docteur Jacques Mouchel, est parvenu à faire baisser drastiquement le taux d'épisiotomie dans son service d'obstétrique au Mans [14]. En trois ans, le taux d'épisiotomie est passé de 30% à 5%. Parallèlement, aucune déchirure du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré n'a été constatée. Sur l'ensemble des cas étudiés (610 accouchements naturels): 35% des femmes n'ont eu aucune suture périnéale et 60% des femmes qui n'ont pas eu d'épisiotomie ont eu des déchirures postérieures simples, du 1^{er} ou 2^{ème} degré. Par contre, le Dr Mouchel relève que le pourcentage d'extraction instrumentale (ventouse uniquement) est passé de 25% à 45% dans le même temps. En Irlande, en 1984, une sage-femme, Cecily Begley, a pris l'initiative de faire une étude rétrospective dans sa maternité, qui a révélé un taux d'épisiotomie de 54% chez les primipares ayant une naissance par voie basse [15]. En y regardant de plus près, il s'est avéré qu'il y avait des différences significatives selon les sages-femmes de garde, avec des taux d'épisiotomie variant entre les unes et les autres, de 6 à 84%! Les résultats complets de l'étude, accompagnés d'une revue de littérature montrant que la seule indication pour l'épisiotomie était la détresse fœtale ont été présentés à l'équipe, sous forme verbale et écrite. De nombreuses discussions s'en sont suivies et bien des sages-femmes ont demandé à voir leur propre taux d'épisiotomie (confidentiel) pour pouvoir se situer par rapport à leurs collègues. Six mois plus tard, une étude de suivi a été lancée pendant un semestre. Le taux d'épisiotomie avait passé de 54% à 34% chez les primipares, de 25% à 7% chez les II-pares et de 5 à 2% chez les femmes ayant mis au monde 2 enfants ou plus. Il n'y a pas eu d'augmentation des déchirures du deuxième degré (défini comme étant celles nécessitant une suture) chez les primi- ou II-pare et il y a eu une baisse significative de déchirures de ce type dans le groupe des femmes ayant eu 2 enfants ou plus (de 18% à 11%). Le fait de comparer, preuve à l'appui, les performances des différentes sages-femmes, accompagné

d'arguments basés sur la recherche pour motiver les changements, a eu un effet majeur sur la pratique des sages-femmes dans cet hôpital.

Préparation et préservation du périnée

Une étude québécoise [16] montre l'importance d'un massage du périnée pendant la grossesse pour éviter un traumatisme périnéal pendant la naissance. 1527 femmes ont été étudiées. Une distinction a été faite entre celles qui avaient déjà accouché par voie basse (1034) et les autres (493). Toutes les participantes ont reçu des informations orales et écrites sur la prévention des traumatismes périnéaux. Les femmes du groupe expérimental ont de plus été priées de faire un massage quotidien de 10 minutes de leur périnée dès la 34^{ème} ou 35^{ème} semaine de grossesse, et ceci

jusqu'à la naissance. Parmi les participantes n'ayant jamais accouché, 24,3% (100/411) du groupe massage et 15,1% (63/417) du groupe de contrôle ont accouché par voie basse avec un périnée intact, soit une différence significative de 9,3% entre les deux groupes (95% intervalle de confiance 3,8–14,6%). L'incidence de la naissance avec un périnée intact croît avec la compliance des femmes à masser régulièrement leur périnée. Parmi les femmes ayant déjà accouché par voie basse, la différence (2,5%) n'était pas aussi importante. Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence de suture de déchirures vulvaires et vaginales, la sensation de contrôle de ces femmes ou leur satisfaction avec l'expérience de la naissance. Il semble donc que le massage du périnée est une bonne approche pour augmenter les chances de naissance avec un périnée

intact, mais uniquement pour les primipares. Les mêmes femmes ont par la suite été enrôlées par les mêmes auteurs dans une étude [17] portant sur les problèmes liés au périnée trois mois après la naissance (douleur, incontinences urinaires, dyspareunie, etc.). Les résultats montrent qu'un massage périnéal durant la grossesse n'a pas d'incidence sur les fonctions périnéales à 3 mois post-partum.

Pendant la naissance

Une autre pratique sans grand fondement est celle qui consiste à soutenir avec les doigts le périnée de la parturiente pendant les contractions. Cette pratique est basée sur la croyance qu'ainsi, les tissus sont suffisamment soutenus pour réduire le risque de déchirure spontanée. C'est une hypothèse raisonnable, surtout si elle est combinée à une pression délicate appliquée sur la tête du bébé pour contrôler la vitesse d'expulsion, car c'est à ce moment que le tissu périnéal risque le plus de se déchirer spontanément. D'autres pensent qu'il faut mieux s'abstenir de toucher au périnée pendant l'accouchement. Une étude [18] englobant plus de 5000 femmes a comparé ces deux approches. Le principal résultat est qu'au dixième jour, la douleur périnéale ressentie par les femmes du groupe «avec toucher» était légèrement moindre que celles du groupe «sans toucher». Mais les traumatismes périnéaux étaient comparables dans les deux cas.

Aucune différence ne semble également exister en cas de massage du périnée pendant le deuxième stade du travail, mais une seule étude [19] existe à ce sujet, ce qui n'est évidemment pas suffisant pour en tirer des conclusions.

Conclusion

Réduire le risque de dommage au périnée est essentiel car un inconfort consécutif à une naissance peut dominer toute l'expérience des premiers moments de la maternité et occasionner un handicap significatif durant les mois, voire les années suivantes. Il est du devoir de tous les intervenants en maternité de ne mettre en œuvre que les actes nécessaires et dont l'efficacité est prouvée. Ce n'est pas le cas de l'épisiotomie, que d'aucunes considèrent même comme une mutilation génitale, au même titre que celles que notre société condamne quand elles se déroulent en Afrique. De quoi faire réfléchir.

Humeur

Episiotomie ou clitorotomie?

Le terme «clitorotomy» a été suggéré par la sage-femme Anne Frye – dans un livre extrêmement bien construit, destiné aux sages-femmes en formation [20] – pour remplacer le terme neutre et inapproprié d'épisiotomie... En fait, elle fait référence à une réalité anatomique qui est le très vaste réseau nerveux du clitoris, réalité complètement ignorée par les études anatomiques jusqu'à très récemment... Le fait est que toute épisiotomie tranche des nerfs appartenant à la structure clitoridienne et a nécessairement un impact sur la sexualité féminine. Je n'ai jamais subi cette mutilation (et c'est entre autre pour cela que ça me révolte particulièrement, d'être une des rares femmes qui ait pu survivre intacte à ses enfantements...), mais je me suis déjà tranché accidentellement des nerfs beaucoup moins sensibles que ceux-là et je sais à quel point la sensation ne revient JAMAIS comme ce qu'elle était avant, que ça fait un effet de «décharge électrique» pas des plus agréables quand on appuie sur la région ayant été sectionnée...

L'épisiotomie EST une mutilation génitale, et toute organisation qui dit lutter contre de tels actes a le devoir de s'en préoccuper. L'épisiotomie n'a comme justification que son seul usa-

ge rituel et culturel (l'anthropologue Robbie Davis-Floyd l'a suffisamment bien démontré d'ailleurs [21]); elle n'a aucune justification scientifique qui tienne, elle est le fruit de la croyance, strictement et exclusivement.

Le jour où la mutilation épisiotomique sera INTERDITE, j'oserai croire à un réel changement des pratiques obstétricales et de la condition féminine en général. Ce jour-là, il y aura respect de l'intégrité du corps des femmes (du moins protégé par la loi; cependant, n'est-ce pas d'ores et déjà censé être le cas? Nous avons le devoir, l'obligation de dénoncer quiconque effectue une mutilation génitale pour servir des croyances et des rites...), les autres pratiques routinières et instrumentales seront effectuées avec plus de discernement, c'est-à-dire évitées le plus possible...

Pour moi, l'épisiotomie est le symbole premier de la misogynie obstétricale et de tous ses infondés pseudoscientifiques. Donc, appelons-la par un nom qui puisse vraiment faire son effet et décrire justement la réalité physiologique: l'épisiotomie n'est autre qu'une clitorotomie.

Stéphanie St-Amant, Doctorante en sémiologie, Université du Québec à Montréal; administratrice du Groupe M.A.M.A.N.: <http://pages.infinit.net/matilda/maman/>



La communauté de travail des cliniques gynécologiques suisses ne possède des données que pour la moitié des naissances en Suisse. Le taux d'épisiotomie moyen pour 2001 est néanmoins élevé: 42,9 %.

Bibliographie

- [1] *Ould F.*: Treatise of midwifery. Dublin: Nelson and Connor, 1742: 145.
- [2] *DeLee J.B.*: The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920; 1: 34. *Pomery RH.* Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstet Dis Women Child* 1918; 78: 211.
- [3] *Thacker S.B., Banta H.D.*: Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38.
- [4] *Wooley R.*: Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 806–835.
- [5] *Walfisch A., Hallak M.*: Episiotomy – a review of the literature, *Harefuah* 2002 Sep; 141(9): 833–8, 856 (article en hébreu).
- [6] *Carrolli G., Belizan J.*: Episiotomy for vaginal birth, *Cochrane Collaboration*, ed. *Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.
- [7] *McGuinness M., Norr K. and Nacion K.*: Comparison between different perineal outcome on tissue healing. *J Nurse Midwifery* 1991; 36 (3): 192–198.
- [8] *Larsson P.G., Platz Christensen J.J., Bergman B. et al.*: Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration, *Gynecologic and Obstetric Investigation* vol. 31, no 4, 1991, pp. 213–216.
- [9] *Henci Goer*: *Obstetric Myths versus Research Realities*, 1995.
- [10] *Stephen B., Thacker*: Midline versus mediolateral episiotomy, *Editorial*, *BMJ* 2000;320 1615–1616.
- [11] *Santé et Services sociaux Québec*: Évolution de quelques interventions obstétricales lors des accouchements vaginaux, Québec 1982–1983 à 1999–2000: <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index.htm>
- [12] *Lede R.L., Belizan J.M., Carroli G.*: Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol.*, 1996; 174: 1399–1402.
- [13] *Ibidem + Wilcox L.S., Strobino D.M., Baruffi G. et al.*: Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *Am J Obstet Gynecol.*, vol. 160, no 5, 1989, 1047–1052.
- [14] *Mouchel, J.*: Conséquences potentielles de la grossesse et de l'accouchement sur la statique pelvienne, *Statique pelvienne et accouchement – responsabilité médico-légale*, actes du colloque du 8 juin 1999 à Besançon, 17–28.
- [15] *Begley C. M.*: Episiotomy – a change in midwives' practice. *Irish Nursing Forum and Health Services Journal*, Nov/Dec 12–14, 1987, 34.
- [16] *Labrecque M., Eason E., Marcoux S. et al.*: Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy, *Am. J. Obstet Gynecol.*, March 1999, 180; 593–600.
- [17] *Labrecque M., Eason E., Marcoux S. et al.*: Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery, *Am. J. Obstet Gynecol.*, 2000, 182; 76–80.
- [18] Voir à ce sujet: *Enkin M. et al.*: *A Guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press, 2000.
- [19] *McCanliss R., Bowler U. et al.*: A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour, *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 1998, 105, 1262–72.
- [20] *Anne Frye*: *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice*, Labrys Press, 1995.
- [21] *Robbie Davis-Floyd*: *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press, 1992. Voir aussi www.davis-floyd.com

Coup de gueule

Vous Comme

CHERCHER à obtenir des statistiques sur l'épisiotomie en Suisse, cela revient un peu à chercher une aiguille dans une botte de foin.

Au niveau suisse tout d'abord: les statistiques ont été tenues jusqu'en 1997 par H+, l'association suisse des hôpitaux. C'est très obligeamment que H+ m'envoie un fax de 12 pages contenant toute une série de code de diagnostic et de codes opérationnels de la statistique VESKA. A moi de trouver les codes voulus pour avoir des chiffres bruts (nombre d'épisiotomies en Suisse par exemple). Mais il me faudra ensuite comparer moi-même ces chiffres absolus avec le nombre de naissances par voie basse, sans pouvoir tenir compte des naissances multiples et des prématurés, et sans savoir si les épisiotomies ont été pratiquées sur des primipares ou des multipares (ce qui change foncièrement la donne). Et, m'avertit-on, tous les hôpitaux (loin s'en faut) n'ont pas fournis de chiffres, ce qui fausse naturellement un peu les données. De plus, pour obtenir ces données, il faut faire des recherches et H+ compte demander Fr. 150.–/heure de recherche pour cela. Je laisse tomber, naturellement: l'enjeu n'est pas si important!

Je me tourne alors avec espoir vers l'Office fédéral de la statistique, qui possède théoriquement les chiffres dès 1998. Théoriquement, car en fait seuls les chiffres de 1998 sont disponibles, ceux de 1999 et 2000 sont attendus «prochainement». Là aussi, il faut télécharger divers documents sur Internet pour en extraire des codes et avec ces codes, essayer d'obtenir des chiffres. Les explications données par le responsable des statistiques médicales à l'OFS est un exemple indescrivable de confusion. Evidemment, impossible de télécharger un des documents excel sur mon ordinateur qui a plus de 2 ans et ne dispose apparemment pas de la mémoire vive nécessaire (pourtant j'ai près de 200MB de RAM)... Sur l'autre document, pas trace du moindre code sur les taux d'épisiotomie... bref, manquant de temps, je jette l'éponge.

Tant pis pour les statistiques suisses, je me tourne vers les hôpitaux de manière

avez dit «statistiques»? c'est étrange!

individuelle. Pas question de statistiques scientifiques naturellement, mais au moins on aura un échantillon qui nous donnera peut-être une vague idée de la réalité.

Là aussi il me faut rapidement déchanter. La plupart des hôpitaux contactés ne tiennent pas de statistiques ou alors pas sur l'épisiotomie. D'autres ne veulent pas les fournir, sauf sous couvert de l'anonymat.

Et les statistiques des maisons de naissance? Pas de problème, elles sont disponibles, actualisées et même... surprenantes (un taux de 1-2% si l'on ne tient pas compte des trois maisons de naissance les plus anciennes). Ouf, un peu de soleil au milieu de la grisaille.

Voilà tout de même un état de fait désolant. Sans statistiques, comment se

poser les bonnes questions? Comment faire de la recherche? Comment viser la qualité? C'est vrai, tenir des statistiques est astreignant, cela demande du temps, de l'engagement, et on ne voit pas forcément toujours le pourquoi de ce qu'on fait. Pourtant, sans chiffres, impossible de savoir où on en est par rapport aux autres, impossible de décider où aller, de lancer des recherches, de se poser les bonnes questions sur l'efficacité ou la nécessité de tel ou tel acte médical. Les statistiques constituent la base de la médecine basée sur les preuves. Ce sont grâce à elles qu'on pourra faire changer les choses, pour le bien de toute la population.

Il serait vraiment temps que les hôpitaux s'en rendent compte.

Fabiène Gogniat Loos

Chiffres suisses

Un sondage effectué principalement par la rédactrice alémanique de ce journal, Gerlinde Michel, constitue quasiment les seuls chiffres dont nous disposons (voir p. 9 et 11). On constate d'abord que de nombreux hôpitaux ne tiennent pas de statistiques précises sur les épisiotomies. C'est aussi bien le cas pour de grands hôpitaux universitaires (Genève, Bâle) que pour des hôpitaux de moyenne grandeur (Yverdon, Neuchâtel) ou des cliniques privées. Les taux relevés vont d'une fourchette de 3% (hôpital régional de Frutigen) à 52,1% (hôpital régional de Muri). De plus, il y a fort à parier que nombre d'hôpitaux ne tenant pas de statistiques sont à classer dans les taux les plus élevés!

On peut relever que dans un hôpital (Thun-Simmmental), le taux était encore de 56% en 2000; les sages-femmes ont pris le taureau par les cornes et décidé d'en faire un thème de discussion en colloque. Du coup le taux, l'année suivante, baissait à 37,5%. Un bel exemple du type d'action que les sages-femmes peuvent mener, chez nous aussi!

Forts réjouissants par contre, sont les taux d'épisiotomie des maisons de naissance (de 0% à 33,3%). Il est intéressant de mettre en correspondance les taux d'épisiotomie et la présence d'un médecin lors de l'accouchement. On voit que, de manière générale, plus un médecin est présent, plus le taux d'épisiotomie a tendance à augmenter. On constate la même propension si l'on compare ces taux avec celui des naissances dans l'eau. Là où de nombreux accouchements se font dans l'eau (Delphes, Oberburg, Wald, Artemis, Arco avec des taux de naissance dans l'eau oscillant entre 41 et 67%), les taux d'épisiotomie sont aussi les plus bas (de 0% à 3,2%).

Photo: Susanna Hufschmid



Remplir les feuilles de statistiques est certes un acte peu valorisant, mais ô combien indispensable pour le futur de la recherche obstétricale.