

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: 89 (1991)

Heft: 5

Artikel: L'épisiotomie prophylactique dite de routine est-elle justifiée?

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950153>

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: 11.01.2026

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

L'épisiotomie prophylactique dite de routine est-elle justifiée?

Voici enfin un extrait de recherche fait par une collègue qui devrait faire parler d'elle dans les salles d'accouchements et les cours de préparation à la naissance avant tout. Nous espérons que ce texte fera bientôt partie de votre bibliothèque professionnelle et qu'il sera connu des femmes afin qu'elles sachent ce qui va leur arriver ou pourquoi elles l'ont vécu. (Bon de commande en fin d'article)

Historique

Pour situer l'épisiotomie dans le temps et comprendre son apparition et son développement, un rappel historique est nécessaire. Un travail très intéressant a été fait aux Etats-Unis par *SB Thacker et HD Banta*: «Avantages et risques de l'épisiotomie: une étude interprétative de la littérature de langue anglaise de 1860 à 1980». Ce travail a été soutenu par le bureau d'épidémiologie, ainsi que les centres de contrôle de maladie d'Atlanta. Dans cette étude, *SB Thacker et HD Banta* passent en revue 350 articles, rapports et chapitres tirés de livres écrits depuis 1960. *SB Thacker et HD Banta* constatent que l'usage de l'épisiotomie est apparue au début de ce siècle mais qu'il en était question déjà durant les 18 et 19ème siècles.

C'est en 1742 que les avantages potentiels d'une incision du périnée furent discutés pour la première fois, mais son utilisation resta longtemps limitée aux accouchements extrêmement difficiles. Un rapport-clé plaçant en faveur de son utilisation fut publié en Allemagne par Crede et Colpe en 1884 (*RW Wilcox*, 1985).

Après 1900, d'éminents médecins américains continuèrent à plaider pour l'utilisation de l'épisiotomie.

Cependant, ce fut une publication de *R Pomeroy* en 1918 et *J Delee* en 1920 qui commença à changer le climat de l'opinion, non seulement à propos de l'épisiotomie, mais en fait à propos du processus entier de la naissance. Il est intéressant de citer *J Delee*, 1920, pour comprendre comment dans l'opinion, de physiologique, la naissance devint pathologique. Voilà ce qu'il écrit:

«Le travail a été appelé fonction normale, et nombreux sont ceux qui le croient encore. Il est toujours difficile pour les médecins comme pour les profanes d'appeler le travail une fonction anormale, une maladie, et pourtant

c'est incontestablement un processus pathologique. Chaque chose, bien sûr, dépend de ce que nous définissons comme normal. Si une femme tombe sur une fourche et enfonce le manche à travers le périnée, nous considérons cela comme pathologique, anormal, mais si un gros bébé s'enfonce à travers le plancher pelvien, nous disons que cela est naturel, et par conséquent normal. Si un bébé se trouve avoir la tête prise dans une porte, légèrement mais assez pour causer une hémorragie cérébrale, nous dirions que c'est incontestablement pathologique, mais si la tête d'un bébé est écrasée contre un plancher pelvien tendu et serré, et qu'une hémorragie cérébrale le tue, nous appelons cela normal, tout au moins nous disons que la fonction est naturelle, non pathogène. Dans les deux cas, la cause du dommage est pathogène. Dans le cas de la fourche et le cas de l'enfant coincé dans la porte, il y a cause de maladie, et tout ce qui est pathogène est pathologique ou anormal». Cette réflexion marqua une nouvelle ère où, de physiologique, on se mit à considérer la naissance comme pathologique; porte ouverte à l'interventionnisme.

Cependant, les médecins furent gênés dans leur marche pour s'approprier le rôle de dirigeants de la naissance par le fait que leur principal lieu d'action était l'hôpital et que ce dernier avait la réputation d'être un lieu pour le pauvre, un lieu où les gens venaient mourir. La fièvre puerpérale était fréquente et causait beaucoup de décès. Les femmes accouchaient encore à la maison. Vers la fin du 19ème siècle, il devint possible de prévenir la fièvre puerpérale. C'est à partir de ce moment-là que l'on note une augmentation des naissances à l'hôpital. Aux USA, en 1900, moins de 5% des femmes accouchaient à l'hôpital. Autour de 1920 le nombre des accouchements à l'hôpital s'accrut massivement. On note, en

1930, qu'environ 25% des accouchements eurent lieu en hôpital; ce chiffre augmenta pour représenter 50% en 1940, plus de 70% en 1945 et plus de 80% en 1950. Ce déplacement vers l'hôpital favorisa la pratique de l'épisiotomie.

Avec le contrôle de l'infection à l'hôpital, et l'introduction de l'anesthésie au début de 20ème siècle, la chirurgie moderne (y compris les césariennes, les accouchements par forceps, et les épisiotomies) se développa rapidement, reflétant le courant interventionniste général. L'extension de l'obstétrique bénéficia de ce courant et elle fut reconnue en 1930 comme spécialité. D'après la littérature, il apparaît que jusqu'en 1915, l'épisiotomie de routine fut très peu pratiquée par ses défenseurs. Ultérieurement, lorsque travail et délivrance se déplacèrent vers l'hôpital, l'usage de l'épisiotomie commença à augmenter. En 1938, *M Diethelm* reflète l'opinion de la communauté obstétricale quand il affirme: «les indications de l'épisiotomie étant définitivement établies, cette dernière ne requiert donc aucune justification».

Ainsi, l'usage courant de l'épisiotomie date-t-il des années 30. Cette pratique s'est développée suite à des constatations arbitraires. Aucune étude datant de l'époque ne peut être acceptable aujourd'hui. En effet, les techniques d'épidémiologie et de statistique permettant d'émettre les critères validant une recherche n'étaient pas encore très développées. La science a été progressivement intégrée à la médecine; ainsi les techniques pour contrôler l'efficacité et la sécurité ont seulement été utilisées avec une certaine fréquence depuis 30 à 40 ans. Cela revient à dire que la pratique de l'épisiotomie s'est étendue sans que son bien-fondé ne soit prouvé.

Ainsi en est-il des débuts de l'épisiotomie. Qu'en est-il aujourd'hui? Maintenant que les règles de l'épidémiologie et de la statistique modernes «sont au point», que disent les études publiées plus récemment?

Les cinq chapitres suivants correspondent aux cinq arguments classiques sur lesquels s'appuient les praticiens pour justifier la pratique élargie de l'épisiotomie. Ils proposent un résumé des recherches publiées ces dix dernières années.

Résultats

1. Épisiotomie et déchirures compliquées

L'épisiotomie médiane de routine augmente le risque de déchirures compliquées; il s'agit de déchirures prolongeant l'incision initiale. (Thackers, 1980; Stoops Gass, 1980; Dunne, 1984; Thorp, 1987; Legino, 1988; Wilcox, 1989; Roeckner, 1989)

L'épisiotomie médiolatérale de routine, n'apporte pas l'avantage non plus d'une diminution des déchirures du 3° et 4° degrés. (Thacker, 1980; Buekens, 1985; Harrison, 1984, Roeckner, 1989)

Le taux le plus bas de déchirures du 3° et 4° degré se trouve être parmi les accouchées n'ayant pas subi d'épisiotomie du tout, ou parmi les femmes allouées à une politique restrictive de l'épisiotomie. (Thacker, 1980; Dunne, 1984; Formato, 1985; Wilcox, 1988; Roeckner, 1989; Borgotta, 1989)

Le taux de déchirures du 3° et 4° degré, en l'absence d'épisiotomie est, soit nul, soit inférieur à 1%. (Formato, 1985; Buekens, 1987; Gaskin, 1980; Brendsel, 1979)

Il n'existe pas de corrélation entre lésions du périnée et les bébés de gros poids de naissance. (Dunne, 1984; Stoops Gass, 1986; Legino, 1988)

2. Episiotomies et déchirures du 2° degré; comparaison

Globalement, les déchirures spontanées sont moins douloureuses, saignent moins, cicatrisent mieux, présentent moins de complications (du genre infections, hématomes, abcès), présentent moins de séquelles à long terme et provoquent moins de dyspareunie que les épisiotomies. (Kissinger, 1981; Röckner, 1989)

Certaines études toutefois, basées sur observations et questionnaires, ont rapporté des plaintes comparables à celles de l'épisiotomie concernant le post-partum immédiat et la période allant jusqu'à trois mois après l'accouchement. (Sleep, 1984; Harrison, 1984)

Aucune étude n'a rapporté de cas où les déchirures auraient présenté plus d'effets indésirables que les épisiotomies.

3. Episiotomie et prolapsus

La grossesse et l'accouchement sont des facteurs de risque pour prolapsus et incontinence urinaire; mais le taux de prolapsus et incontinenances urinaires n'est pas diminué par la pratique de l'épisiotomie de routine; il est indépendant de ce facteur. Toutes les études arrivent aux mêmes constatations, qu'elles soient menées par des gynécologues-obstétriciens ou des urologues. (Spernal, 1983; Sleep, 1987)

La périnéométrie est un bon moyen pour évaluer le tonus du périnée de manière plus objective que la simple observation; les mesures fournies par le périnéomètre après l'accouchement n'ont pas montré de différences significatives selon que les femmes avaient ou non subi une épisiotomie. (Gordodn, 1985; Brendsel, 1979)

4. Episiotomie et santé foetale

L'épisiotomie évite trois ou quatre efforts expulsifs. Cependant le raccourcissement de la période d'expulsion grâce à l'épisiotomie n'apporte pas de bénéfice prouvé à l'enfant. L'amélioration des valeurs du pH et de la PO₂ de l'artère ombilicale apportée par cette pratique ne fait pas la preuve d'une meilleure santé foetale globale (Wood, 1973).

Il n'y a pas de différence dans le score d'Apgar que les accouchements aient lieu avec ou sans épisiotomie. (Thackers, 1980; Formato, 1985; Harrison, 1984; Sleep, 1984; Röckner, 1989)

Le taux d'hémorragies cérébrales chez le prématuré est indépendant du facteur épisiotomie. (Welch, 1986)

5. Politique restrictive d'épisiotomies et taux de périnées intactes

Selon la définition ancienne qui admet que: «dans le contexte d'une épisiotomie, le terme déchirure se rapporte uniquement aux extensions spontanées d'une incision», on constate en effet un taux diminué de déchirures spontanées du 1° et 2° degré en présence d'épisiotomies. Si l'on adopte par contre la nouvelle classification des lésions, qui répertorie les épisiotomies au même rang que les déchirures du 2° degré, on constate un taux très augmenté de périnées intactes en présence d'une politique restrictive de l'épisiotomie.

Si l'on considère toutes les parités, en présence d'une politique restrictive de moins de 38% d'épisiotomie, le taux le plus bas de périnées intactes est de 28%.

Une politique de pratique systématique de l'épisiotomie prophylactique empêche la moitié des femmes au moins de se retrouver après l'accouchement avec soit un périnée intact soit une déchirure du 1° degré.

6. Taux acceptable d'épisiotomies

En conclusion de ces résultats, pour moi la question de pratiquer ou non l'épisiotomie de routine en référence aux arguments remis en question dans cette publication, ne se pose plus et ne nécessite pas d'études complémentaires pour changer notre pratique professionnelle dans la direction d'une restriction de l'épisiotomie de routine.

S'appuyant sur les mêmes données, le rapport de l'OMS de 1987 estime qu'un taux maximum de 20% d'épisiotomies pourrait-être justifié scientifiquement.

Epilogue

Essai d'analyse du succès de l'épisiotomie de routine

Plusieurs questions se posent:

- Comment se fait-il que cette pratique se soit répandue avec une telle facilité et rapidité?
- Comment se fait-il que ces travaux de recherche restent ignorés des milieux universitaires?
- Comment se fait-il que le taux global d'épisiotomies ne cesse d'augmenter dans nos pays médicalisés?
- Comment la femme a-t-elle pu accepter si passivement cette pratique?

1. Développement de la pratique de l'épisiotomie

Par rapport à l'expansion de l'épisiotomie, le rappel historique (chapitre IV) donne une réponse que je résumerai comme suit: l'augmentation du taux d'épisiotomies suivit de près l'augmentation des naissances à l'hôpital et le courant interventionniste associé qui considéra la naissance comme un acte pathologique.

Ce nouveau courant convenait parfaitement avec l'organisation nouvelle de la médecine et la division de celle-ci en spécialités. Ainsi, faire de la naissance un acte pathologique donna naissance à la science de l'obstétrique.

Le transfert des naissances à l'hôpital put se faire avec une facilité incroyable grâce à l'apport incontestable de plusieurs découvertes scientifiques répandues à la même époque; ce furent essentiellement les règles de l'hygiène (découverte des microbes) et l'apparition des antibiotiques.

Ces deux découvertes révolutionnèrent la médecine et firent massivement reculer la mortalité maternelle et infantile.

Que ces découvertes coïncidèrent avec le transfert des naissances à l'hôpital permit de répandre cette croyance encore actuelle que: «C'est grâce à l'hôpital que la mortalité maternelle et infantile a reculé spectaculairement». la diminution de la mortalité périnatale permit au courant interventionniste de prendre ses assises et permet de comprendre pourquoi les techniques développées à cette époque furent et sont encore si peu remises en question. (White, 1960; Cochrane, 1972)

2. Milieu universitaire et ignorance concernant la réalité de l'épisiotomie

les travaux de recherches concernant l'épisiotomie sont très rares pour les raisons exposées précédemment: pour les maîtres en médecine, ce sujet n'en est pas un puisque son bien-fondé est évident et admis comme tel par tous depuis longtemps. Ainsi ils continuent de perpétuer l'enseignement tel qu'ils l'ont reçu.

A leur tour, parce qu'inexpérimentés et absorbés par la quantité de connaissances à acquérir, les étudiants en médecine qui reçoivent cet enseignement n'ont pas la possibilité de le remettre en cause.

L'information qui existe est mal diffusée; les travaux qui existent sur l'épisiotomie sont en majorité anglophones; pour les trois pays que je connais, France, Allemagne et Suisse, cette information ne parvient pas jusqu'aux professionnels concernés.

Quant aux sages-femmes; elles sont formées pour être des techniciennes efficaces et compétentes; jusqu'à pré-

sent le programme d'étude laissait peu de place pour une démarche de recherche personnelle.

3. Autres raisons pour expliquer la pratique de l'épisiotomie

Si la pratique de l'épisiotomie n'est pas remise en cause, c'est que la majorité de ceux qui la pratiquent et la plus grande majorité encore de ceux qui l'enseignent, sont des hommes ou des femmes qui n'ont jamais eu eux-mêmes à expérimenter les inconvénients.

la formation en obstétrique (à l'exception peut-être de la Hollande) se déroule essentiellement en hôpital universitaire ou autre grand centre à taux élevé d'épisiotomies et concentration particulière de pathologie; ainsi conditionnés (il ne serait pas exagéré de dire: traumatisés) par ce qu'ils ont vu, les jeunes médecins et sages-femmes en fin de formation ne peuvent penser autrement que dans un esprit de «pathologie qui menace en permanence» et ne peuvent imaginer que les naissances puissent, dans un autre contexte, se dérouler autrement.

Les médecins formés pour la pathologie ont appris à se trouver face à un symptôme, à en déterminer la cause et à prescrire un traitement. Ils ont appris à prendre une part active dans le processus maladie-guérison et ont de ce fait de la difficulté à aborder les accouchements physiologiques d'une autre manière. Une naissance sans problème exige en effet du praticien un rôle très effacé auquel ce dernier n'a pas été préparé.

Comme toute chose incontrôlée, la déchirure fait peur.

Même si elles sont à long terme moins douloureuses et cicatrisent mieux, certaines déchirures sont toutefois difficiles à suturer (par exemple en présence de plusieurs lambeaux). Dans le post-partum immédiat, une épisiotomie bien recousue peut paraître présenter une meilleure plastie qu'une déchirure et suggérer un meilleur pronostic de guérison.

Accepter de laisser déchirer, c'est accepter la souveraineté de la nature. Or le développement de la science a donné l'illusion à l'homme d'avoir tout pouvoir sur la naissance.

Les médecins et sages-femmes n'ont appris à assister les accouchements qu'avec épisiotomie; ils ont perdu le savoir ancien des sages-femmes concernant le soutien du périnée.

En plus du manque d'expérience, l'accouchement sans épisiotomie représente l'inconnu, et l'inconnu fait peur. L'épisiotomie raccourcit l'accouchement. Si ces quelques minutes épargnées n'apportent pas d'avantages prouvés pour le bébé, elles permettent parfois de donner une issue à l'impatience et (ou) l'angoisse du praticien. la pratique de l'épisiotomie obéit à la règle non mathématique mais bien connue qui consiste à considérer une chose comme bonne puisque statistiquement très employée ou répandue. Ainsi, selon ce raisonnement par l'absurde, l'épisiotomie de routine serait justifiée par le fait que tout le monde la pratique.

4. Du côté des femmes...

Je laisse parler Nicole Coquatrix, M.A. Anthropologie médicale, 1985.

«la pratique de l'épisiotomie, dit-elle, repose sur la peur. Dans le doute, on coupe tout le monde quand aucun article scientifique ne vient justifier la généralisation de l'épisiotomie...

L'instrument le plus subtil et le plus répandu pour asseoir et multiplier les interventions pendant la grossesse et l'accouchement, est la peur. Peur apprise et faite aux femmes dès leur enfance, peur apprise et partagée par la majorité des intervenant(e)s au cours de leur formation. C'est dans cette peur viscérale que s'enracine la notion de risque. Or cette notion comporte deux aspects:

1. mathématique: la probabilité qu'un événement se réalise ou non
2. émotif: la peur que l'événement en question se réalise

Il apparaît qu'en obstétrique on informe peu ou mal les femmes sur la probabilité mathématique que tel ou tel événement se produise en cours du processus grossesse-accouchement, mais que par contre on «joue» beaucoup avec la peur des complications pour suggérer ou imposer certaines pratiques. Ainsi la peur de la déchirure, d'un éventuel prolapsus est largement utilisée pour justifier l'épisiotomie ... On se représente avec horreur les dangers possibles d'un accouchement «naturel» alors qu'aucune enquête épidémiologique n'appuie ces peurs et qu'au contraire les données statistiques montrent les conséquences fâcheuses des interventions obstétricales systématiques.»

Par ailleurs on ne parle pas aux femmes de ces risques causés par l'interventionnisme, ou on les minimise.

Ainsi la peur et l'ignorance expliquent que les femmes ont accepté ces procédés sans se rebeller.

Conclusion

Il est peut-être intéressant pour le lecteur de rappeler que je ne m'attendais pas du tout, en commençant le dépouillement des publications, à lire ce que j'ai lu. Je fus la première étonnée de la totale cohérence et convergence des travaux et fus surprise de lire que l'épisiotomie de routine n'a jamais été justifiée.

Toutefois, si cette monographie conclut que les déchirures représentent un moindre mal par rapport à l'épisiotomie, il n'en reste pas moins que leurs effets secondaires sont indésirables et que tout doit être fait pour les éviter.

Puisque l'épisiotomie ne peut plus être considérée comme une alternative valable aux déchirures spontanées, il faudra donc à l'avenir se tourner vers des alternatives efficaces tout autant qu'innocentes. Un certain nombre de travaux ont déjà été effectués dans ce sens; il resterait à les compléter et à en faire une synthèse pour l'enseignement: recherche sur des substances médicamenteuses (enzyme Hyaluronidase, rôle du Calcium, substances horméopathiques) capables d'aider à l'élasticité du périnée; études sur les diverses positions à l'accouchement, études sur l'efficacité des diverses préparations du périnée: massages, gymnastique, relaxation, diète, acupuncture et autre...

De même, le problème de l'incontinence urinaire qui concerne tout de même environ 20% des femmes après l'accouchement ne doit pas être oublié. Il semble que les exercices de rééducation périnéale au moyen de séances associant par exemple, électrostimulation fonctionnelle et biofeedback musculaire périnéal donnent de bons résultats. (Audignon, 1989)

Je pense personnellement que la rééducation dans le post-partum immédiat doit faire l'objet d'une attention nouvelle toute particulière. Il faudrait introduire systématiquement la rééducation périnéale dans le programme de gymnastique postnatale. Un effort de

formation a été commencé par les sages-femmes; je souhaite que les kinésithérapeutes suivent et que ces méthodes soient enseignées déjà aux élèves dans les écoles. Certains proposent une éducation à la contraction des muscles du périnée déjà pendant la grossesse; cela me paraît être une mesure logique à introduire dans le programme de préparation à la naissance.

Travail prolongé, Kristeller, péridurale et surtout forceps ont été mentionnés comme facteurs favorisant le prolapsus; des travaux complémentaires seraient utiles sur le pourcentage de ces risques et au besoin sur les alternatives à ces procédés. Par rapport à la péridurale de confort par exemple, il serait bon que les femmes soient informées de ses risques en termes de pourcentages exacts.

Par rapport à ce pourcentage exact, il en va de l'épisiotomie comme des autres pratiques utilisées en cours d'accouchement; il est urgent que la notion de risque soit évaluée et exposée mathématiquement aux personnes concernées en opposition à la peur «émotive» transmise jusqu'à présent et qui repose sur des données parfois douteuses (Coquatrix, 1985). Sans attendre les changements du côté des professionnels c'est aussi le rôle des femmes de s'informer et de demander l'accès à ces données.

Concernant cette recherche dans la littérature scientifique, la meilleure découverte que je fis fut celle de la richesse des ressources de notre corps. En effet, l'homme croyant pouvoir améliorer les conditions d'accouchement, inventa la table d'accouchement, les anesthésiques, le matériel stérile, le forceps, l'épisiotomie, que sais-je encore... et que ressort-il des rapports scientifiques:

Après de longues études rétrospectives, prospectives, statistiques, enquêtes et investigations diverses, l'homme de la fin du 20^e siècle doit reconnaître en matière d'accouchement que l'aide la plus efficace que l'on puisse apporter au bébé et à la mère consiste à éviter au maximum l'interventionnisme.

Sans nier les progrès que la science a apporté à la médecine (en plus des antibiotiques et de l'hygiène, on pourrait évoquer les ultrasons, les examens prénataux pour autant qu'ils ne soient pas exagérément nombreux, les techniques de césarienne, le monitoring, etc.) l'homme doit rester modeste. Si quelques techniques, examens ou mé-

dicaments apportent une aide certaine dans les cas de pathologie, tout le reste des soins doit tendre à un seul but: permettre à la nature de faire son travail dans les meilleures conditions; tout ce qui va contre nature pouvant être source de pathologie (Cf questions posées par l'OMS sur le sujet dans «la maternité en Europe», 1988). A ce sujet, je recommande le livre de Marianne Viviez aux éditions peuple libre: «Mémoires d'une sage-femme de l'Ar-dèche». Ce livre permet une excellente réflexion sur les limites et risques de la technicalisation de la naissance.

J'ai donc, après cette recherche, un très grand respect de «Dame nature» et j'espère encourager un certain nombre de femmes à prendre confiance en elles, en leurs ressources, aux richesses de leur corps: ce temple qui porte l'enfant possède tous les trésors nécessaires pour permettre à la nature de réaliser son dessein de l'enfantement au moment opportun.

Bon de commande:

«L'épisiotomie dite de routine est-elle justifiée?»

Je commande exemplaire(s) à envoyer à l'adresse suivante:

Nom, Prénom:

Rue:

NPA, ville:

Pays:

Bon de commande à retourner à
**Gisèle Steffen, Wiesenstr. 36,
D-6331 Schöffengrund 2 (RFA)**

Paiement à adresser à Mme Steffen Gisèle, Onex, CCP Genève 12-55534-6
Prix de l'exemplaire, port compris:
10.— sfr.

(Souscription de soutien: 20.— sfr.)

Je désire recevoir une quittance contre 2.— sfr. de frais supplémentaires de port et secrétariat.

J'effectue mon paiement par

Montant du versement: sfr.

Je paierai contre facturation à la réception du manuscrit. Pour ce, j'accepte de payer 3.— sfr. de frais supplémentaires.

(biffer les mentions inutiles)

Lieu, date

Signature

Quelques littératures proposées:

- 1) Masson, Paris, 1987. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1987. 16, 513–517.
Épisiotomie et prévention des déchirures complètes et compliquées
Une étude dans trois pays européens par:
P. Buekens, N. Bernard, B. Blondel, H. Grandjean, H. Huisjes, R. Lagasse, E. Van Eijk, E. Wollast, M. Kaminski.
Comparaisons dans cinq populations différentes (trois échantillons français, un échantillon belge, un échantillon des Pays-Bas). Total 48'430 accouchements de grossesse unique.
Fréquence d'épisiotomies entre 29,3% et 54,2%.
- 2) Gordon H., Logue M.: Perineal muscle function after childbirth.
Lancet, 1985, II, 123–125.
Le tonus musculaire périnéal après un accouchement avec épisiotomie n'est pas supérieur au tonus après un accouchement avec un périnée intact ou avec une déchirure simple.
- 3) Sleep J., Grant A., Garcia J., Elbourne D., Spencer J., Chalmers L.: The West-Berkshire perineal management trial. Br. Med. J., 1984, 289, 587–590.
L'usage fréquent de l'épisiotomie ne diminue pas la fréquence de l'incontinence urinaire.
- 4) Thacker J.B., Banta H.D.: Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature. Obstet. Gynecol. Surv., 1983, 38, 322–338.
Aucune étude n'a démontré que les prolapsus sont prévenus par l'épisiotomie.
- 5) Spornol R., Bernashek G., Schaller A.: Deszensus nach episiotomie. Geburtsh. Frauenh., 1983, 43, 37–39.
Certains auteurs suggèrent que les prolapsus ne sont pas prévenus par l'épisiotomie.
- 6) Hoogendoorn D.: Clinical incidence of uterine and/or vaginal prolapse and nature of the treatment. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1982, 126, 1319–1322.
la fréquence des prolapsus a diminué au cours des dernières décennies.
Cette fréquence est passée de 150 pour 100'000 femmes en 67 à 177 pour 100'000 femmes en 80.
Cette décroissance des prolapsus est liée à la diminution de la parité.
- 7) Reading A.E., Sledmere C.M., Cox D.N., Cambell S.: How women view postepisiotomy pain. Br. Med. J., 1982, 284, 243–246.

Pour plus d'information nous vous proposons de commander directement le texte original avec le bon annexé. □

125 Jahre Schweizerisches Rotes Kreuz 1991

Vor 125 Jahren, 1866, gründete der weltweit angesehene «Friedensgeneral» Guillaume-Henri Dufour die nationale Rotkreuzgesellschaft «Das Schweizerische Rote Kreuz».

Noch heute, 125 Jahre später, hat das Schweizerische Rote Kreuz nebst dem international humanitären Engagement eine klar umrissene, *nationale Aufgabe*, die nach wie vor *bestehenden Lücken im sozialen Netz unseres Landes zu schliessen*.

Für das Jubiläumsjahr hat sich das SRK folgendes Ziel gesetzt:

Das SRK will anlässlich seines 125jährigen Bestehens die Leistungen der ganzen Rotkreuzfamilie der Bevölkerung der Schweiz näherbringen.

Mittels folgender Aktivitäten sollen *die Aufgaben des SRK, welche nach wie vor bestehende Lücken im sozialen Netz unseres Landes schliessen, der Öffentlichkeit aufgezeigt werden*.

1. In den Regionen der Schweiz mit der Wanderausstellung das «SRK zu Besuch»

Ausstellungsorte 1991, Mai bis Oktober:

Bern-Mittelland	3.–10. Mai 1991
Appenzell (AI)	16.–19. Mai 1991
Biel-Seeland	23.–26. Mai 1991
Luzern	1. Juni 1991
Herisau (AR)	4.–5. Juni 1991
Thun	14.–16. Juni 1991
Olten	21.–23. Juni 1991
Solothurn	28.–30. Juni 1991
Schaffhausen	14.–16. August 1991
Weiningen (ZH)	23.–25. August 1991
Chur	30.8.–8. September 1991
St. Moritz	12.–15. September 1991
Morges	20.–22. September 1991
Wil	27.–29. September 1991
Wohlen	4.–6. Oktober 1991
Wohlen	11.–13. Oktober 1991
Lugano	18.–20. Oktober 1991

2. Gesamtschweizerische Aktion das «SRK in Aktion für Sie» am 1. Juni 1991 in Luzern

Rettungsvorführungen...

- im Wasser
- in der Luft
- zu Land

...sollen das Wirken und Zusammenwirken der Rotkreuz-Institutionen aufzeigen.

- Schweizerischer Samariterbund,
 - Schweizerische Rettungsflugwacht,
 - Schweizerische Lebensrettungs-Gesellschaft,
 - Schweizerischer Verein für Katastrophenhunde,
- zusammen mit den öffentlichen Organisationen.

3. Europäischer Wettbewerb «Erste Hilfe» 1991 am 13. Juli 1991 im Ausbildungszentrum des SRK in Nottwil

Aus Anlass des 700-Jahr-Jubiläums wurde dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) und dem Schweizerischen Samariterbund (SSB) die Durchführung des Europäischen Erste-Hilfe-Wettbewerbs übertragen. Er findet am 13. Juli 1991 beim Ausbildungszentrum des SRK in Nottwil statt. Erwartet werden rund zwanzig Mannschaften aus ganz Europa.

Dieser Wettbewerb entspricht einer regelmässigen Begegnung der Vertreter der einzelnen Rotkreuz-/Rothalbmondgesellschaften in Europa. Er dient dem Erfahrungsaustausch und dem Vergleich der Methoden und des Ausbildungsstandes der beteiligten Gesellschaften. □