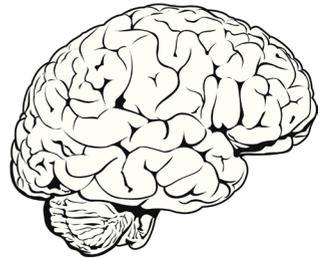


**ACCOUCHEMENT
ET PATRIARCAT
MÉDICAL.
ÉPISIOTOMIE**

ANNE DUTRUGE (1995)

Le texte **ACCOUCHEMENT ET PATRIARCAT MÉDICAL.**
ÉPISIOTOMIE a été publié en avril 1995 dans la
revue *Quel Corps ?* n°47-48-49 consacrée aux
« Constructions sexuelles ».

Octobre 2016
Tout mais pas l'indifférence
tmpli@riseup.net



ACCOUCHEMENT ET PATRIARCAT MÉDICAL. ÉPISIOTOMIE

L'ÉPISIOTOMIE, POUR QUI, POURQUOI ?

L'épisiotomie est un geste médico-chirurgical très répandu chez la femme qui accouche pour la première fois. Elle consiste en une ou plusieurs incisions sur le pourtour de la vulve afin d'éviter les déchirures du périnée, de la vulve et du vagin lors de l'accouchement, celui-ci provoquant parfois une dilatation excessive de toute cette région anatomique. Le but de l'épisiotomie est de réduire les tensions au niveau de la vulve tout en agrandissant l'ellipse vulvaire. Elle permet ainsi d'accélérer l'expulsion du nouveau-né et s'inscrit dans le registre des pratiques médicales préventives. À ce titre, elle est devenue quasiment systématique dans les maternités. Si la systématisation de ce geste est récente, elle reste une pratique médicale ancienne puisqu'elle a été décrite pour la première fois en 1741.

L'épisiotomie est apparue avec la médicalisation de l'accouchement. C'est un geste introduit et exécuté par le médecin : la sage-femme est habilitée à le faire à la demande et sous le contrôle du médecin. Il ne faut pas négliger que cela a transformé l'accouchement en un acte sexué, rôle nouveau qu'il n'avait jamais eu, puisqu'il était autrefois géré par les femmes, comme il l'est toujours dans les sociétés traditionnelles. À ce niveau, les sociétés industrielles telles que la nôtre proposent un schéma tout à fait original.

L'épisiotomie fait appel à l'hygiène et à la prévention. Elle s'inscrit dans le registre de la santé publique. C'est dans ce système interprétatif qu'elle s'insère. La littérature sur l'épisiotomie s'attarde essentiellement sur la protection du périnée chez la femme, alors que les médecins accordent une part bien plus importante à la protection de l'enfant. Il s'agit avant tout d'éviter les souffrances fœtales, d'où l'importance du choix du moment du geste. Dans certaines maternités, on établit le temps à vingt minutes. Celui-ci est arbitraire car la souffrance fœtale n'est jamais la même.

Comme tout geste pratiqué de façon systématique, on peut se demander s'il est nécessaire sur le plan médico-chirurgical. C'est la question essentielle de toute prévention. L'épisiotomie est un geste banal qui ne provoque aucun débat réel dans la pratique quotidienne des maternités. Pourtant, depuis quelques années, les bases scientifiques préconisant ce geste sont remises en question. Ces controverses ont conduit quelques obstétriciens à pratiquer certains travaux mettant en doute l'opportunité d'une épisiotomie de principe chez les femmes accouchant pour la première fois. Elle n'est nécessaire qu'en cas de risque de grosse déchirure ou si la durée de l'expulsion est trop prolongée. La décision doit donc être prise par l'obstétricien au moment de l'accouchement. La systématisation du geste pose aussi la question des enjeux médicaux, notamment des complications inhérentes à ce geste. Celles-ci sont assez rares compte-tenu de la fréquence de la pratique. Elles n'en restent pas moins parfois lourdes de conséquences pour la patiente qui les subit : hémorragies, thrombus génital, risques infectieux, douleurs séquellaires.

En dehors des données biomédicales qui ne contribuent pas vraiment à la crédibilité d'un geste systématique tel que celui-ci, il s'agit ici d'en comprendre les fonctions inconscientes. Il n'est pas question de remettre en cause cette pratique préventive mais d'essayer d'en décrypter le sens dans son contexte de production. En effet, la systématisation d'un geste, particulièrement s'il concerne le sexe de l'individu, pose nécessairement des questions allant au-delà de l'interprétation médicale qui est généralement avancée. La médecine est donc envisagée ici comme une pratique sociale et non seulement comme relation entre deux individus. Par ailleurs, son interprétation ne peut en aucun cas rester exclusivement biomédicale, tant il paraît clair que la pratique médicale a aussi pour rôle de répondre à la problématique du corps dans notre société.

ÉPISIOTOMIE ET PRATIQUES SEXUELLES FÉMININES EN OCCIDENT

En Occident, la pratique de l'épisiotomie s'inscrit dans une histoire particulière des pratiques sexuelles féminines. Celles-ci ont toujours, comme partout, été étroitement liées au contrôle de la sexualité des femmes par les hommes, ce contrôle étant en relation étroite avec la problématique de la filiation. En effet, bien avant que la médecine prenne en charge la sexualité des femmes, des gestes tels que la clitoridectomie et l'infibulation furent pratiqués en Europe par les seigneurs féodaux, les maris jaloux et les médecins cupides, qui n'avaient rien à envier aux sociétés traditionnelles productrices de « mutilations sexuelles ».

L'infibulation occidentale d'autrefois repose sur des moyens mécaniques qui consistent pour certains, à faire passer des anneaux dans les lèvres de la vulve et à les fermer par un fil de fer ou un cadenas. On connaît également la ceinture de chasteté, véritable instrument de torture dont seul le mari possède la clef. Il part parfois plusieurs mois, en laissant sa femme dans une situation particulièrement inconfortable... Ces pratiques subsistent assez tardivement : une maison de commerce française distribue encore en 1880 un prospectus vantant une camisole de force d'un genre particulier [1]. Encore en 1894 et 1906, le service d'immigration des États-Unis cite deux cas d'infibulation sur des femmes en provenance d'Europe de l'Est.

La gynécologie et l'obstétrique font ensuite leur apparition. La chirurgie remplace les moyens mécaniques. En même temps, les discours explicatifs changent de registre. Ils font alors partie du discours scientifique. Pourtant, les pratiques restent tout à fait semblables à celles d'antan. Les premières clitoridectomies sont pratiquées pour remédier à la masturbation et juguler la sexualité féminine. Certains hommes font exciser leur femme pour palier les nombreux troubles féminins regroupés sous le nom d'hystérie.

Dans un registre interprétatif plus moral, la peur de la masturbation fait pratiquer la clitoridectomie aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1930. La chirurgie des orifices y est recommandée pour tout, de la rougeole à la mélancolie, y compris la kleptomanie. La *Orificial Surgery Society* s'est constituée vers 1890. Elle publie une revue prônant la chirurgie pour toutes les déviations du clitoris normal. Nous ne sommes plus très loin de la clitoridectomie des sociétés sans écriture. D'ailleurs... l'infibulation fait aussi partie de l'arsenal thérapeutique

[1] Fran Hosken, *Les Mutilations sexuelles féminines* (Paris, Denoël/Gonthier, 1983).

de certains chirurgiens. Michel Erlich a retrouvé dans la littérature médicale récente, un cas pratiqué en milieu hospitalier en Grande-Bretagne, chez une adulte présentée comme psychopathe, porteuse d'une plaie vaginale torpide auto-entretenu [2].

Les discours proposés sur ces pratiques occidentales renvoient constamment à des représentations concernant le contrôle de la femme et de sa sexualité. Ils mettent en évidence l'importance de la virginité liée à la propriété de la femme à son époux et au contrôle de la descendance.

Plus encore, ces pratiques désignent une agressivité et une violence extrêmes à l'encontre du sexe des femmes dont la normalité est désignée par les médecins qui dépassent bien souvent leurs fonctions. Il en est ainsi de certains médecins occidentaux qui pratiquent des mutilations sexuelles sur des fillettes immigrées, à la demande de leurs parents. Ils mettent en évidence le droit scandaleux que les médecins s'arrogent trop souvent sur le corps des individus, particulièrement sur celui des femmes, mais aussi l'idéologie totalitaire qui la sous-tend.

ÉPISIOTOMIE ET « MUTILATIONS SEXUELLES »

Face aux pratiques qui viennent d'être évoquées, qu'en est-il de l'épisiotomie, ce geste médico-chirurgical qui renvoie au même espace local symbolique, avec un déplacement de la seule sexualité vers l'espace-temps de l'accouchement ? Si le contrôle de la sexualité des femmes et de la maternité n'est pas clairement évoqué, on ne peut négliger l'extrême violence de ce geste sexuellement dirigé. À ce propos, il faut insister sur le côté rituel sacrificiel qu'évoque cette pratique au milieu du sang et de la douleur. Le contexte de la naissance y est particulièrement opérationnel. Il en va de même de l'hospitalisation nécessitée pour tout accouchement qui opère d'un processus de séparation et d'épreuve renvoyant à un rituel initiatique, au même titre que toute hospitalisation.

Dans ce contexte, la violence du geste est difficilement perçue par la femme qui accouche. Le geste est bien supporté et la douleur qui lui est propre se perd dans les douleurs de l'enfantement. Il n'en reste pas moins qu'il s'inscrit ultérieurement dans une représentation de déchirure ou de coupure qui nécessite réparation : les femmes sont particulièrement attentives aux points de suture qui leur sont faits après l'accouchement. La violence du geste prend

[2] Michel Erlich, *La Femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines* (Paris, L'Harmattan, 1986), pp. 68-69.

toute son ampleur pour l'observateur qu'est le père. L'épisiotomie est vécue comme un geste mutilant et agressif : certains hommes l'assimilent à une véritable « mutilation sexuelle ».

Dans ce registre, le terme de « couper » est très souvent évoqué au niveau des différents discours sur l'épisiotomie, y compris ceux des médecins. Certains diront : « C'est couper le sexe de la femme ». Certaines patientes disent : « J'ai été coupée » ; « Ils m'ont coupée ». Une femme de cinquante ans qui n'a jamais eu d'enfant s'étonne : « Pourquoi on utilise des ciseaux, ce serait mieux avec un couteau ou une lame ». Cette représentation du geste n'est pas très éloignée de celles concernant l'excision et l'infibulation qui sont parfois énoncées comme telles : chez les Bambaras, se faire exciser se disait s'asseoir sur un couteau. Il y a bien là notion de coupure. Si, dans cette ethnie, on parle du « couteau de l'excision » ou du « couteau de la maternité », on pourrait au même titre parler de « ciseaux de l'épisiotomie » dans les maternités occidentales. Ces ciseaux de l'épisiotomie ou de la maternité pourraient bien posséder la même fonction symbolique, et ce, pour deux raisons :

- l'espace corporel concerné est identique, c'est le sexe de la femme ;
- en Occident, le périnée comme obstacle à l'expulsion du nouveau-né dans les représentations médicales agit comme le clitoris dans les représentations de certaines sociétés traditionnelles où il est supprimé par excision chez les filles pubères susceptibles de procréer.

C'est ainsi que l'excision, comme rite de fécondité ou de fertilité, renvoie l'épisiotomie à une structure rituelle assez semblable dans un système interprétatif qui est propre à la pensée clinique trouvant son sens dans la biomédecine. Il ne faut pas oublier non plus que les pratiques génitales traditionnelles telles que l'excision ou l'infibulation sont souvent associées au premier accouchement. L'excision est toujours censée favoriser la fertilité et le maintien de la grossesse. Certaines ethnies comme les Ibos Ogbaru vont même jusqu'à pratiquer l'opération chez la nullipare au cours du premier mois de grossesse. C'est dans la même aire géographique que le clitoris est considéré comme dangereux pour l'enfant lors de l'accouchement. C'est le cas chez les Mossis de Haute-Volta, les Dogons et les Ibos qui justifient la pratique coutumière de l'excision par la crainte que la tête de l'enfant ne rentre en contact avec le clitoris. Nous sommes ici très proches de l'explication mécanique justifiant l'épisiotomie. Il faut noter que l'infibulation fait appel au même système interprétatif. Certaines femmes somalis vantent les mérites de l'infibulation sur le maintien de la grossesse. En effet, l'infibulation consiste le plus souvent en une fermeture de la vulve permettant seulement de

laisser s'écouler un filet d'urine ou de sang au moment des règles. Lors de l'accouchement, l'ouverture n'est pas suffisante pour laisser passer la tête de l'enfant. Il faut donc inciser pour permettre la naissance. Au moment où la tête apparaît à la vulve, la grand-mère passe le « petit couteau » entre la tête et la paroi de l'infibulation. Ensuite, la plaie est lavée, puis les lèvres sont rapprochées et solidarisées à l'aide d'épines ou d'aiguilles. L'épisiotomie s'inscrit dans cette logique de l'infibulation : ouverture de la vulve suivie d'une fermeture par suture. Les deux gestes sont similaires. La suture de l'épisiotomie représente symboliquement la réinfibulation proposée chez les femmes somaliennes après leur accouchement.

Des pratiques traditionnelles de certaines sociétés sans écriture aux pratiques médicales, il n'y a qu'un pas. Les visées sont les mêmes dans des systèmes de représentations très semblables : le périnée comme obstacle rompu par l'épisiotomie opère de la même façon sur le plan symbolique que le clitoris ou l'infibulation, dans la mesure où celle-ci agit comme un périnée bien musclé pour le maintien d'une grossesse. L'épisiotomie pourrait bien jouer le même rôle que l'excision tant elle a pour fonctions essentielles de faciliter l'accouchement en protégeant femme et enfant...

ÉPISIOTOMIE ET PEUR DU SEXE DES FEMMES

Par ce processus d'ouverture-fermeture déjà mentionné, le geste de l'épisiotomie renvoie à une hyper-féminisation de la vulve. Par ce fait, on peut se demander s'il ne permet pas au médecin de lutter contre une certaine phallicisation de la vulve au moment de l'accouchement. Ce phénomène, mis à jour par la psychanalyse, identifie l'enfant au pénis. L'épisiotomie pourrait donc constituer un rite d'identité féminin (rite de féminisation) pratiqué par les hommes comme réassurance contre la représentation angoissante de la vulve phallicisée, en même temps qu'une réappropriation de la reproduction par identification à la femme qui accouche. L'agressivité exprimée au travers de ce geste pourrait bien être le corollaire à la rivalité en matière de procréation, et à la peur du sexe de la femme comme risque potentiel de prise de pouvoir. Cette agressivité est largement amplifiée par le caractère anxiogène du sexe de la femme que l'on retrouve dans toute société, y compris la nôtre.

Dans cet ordre d'idée, les indiens Tobas prétendent que les premières femmes possédaient à l'origine des vagins dentés avec lesquels elles s'alimentaient. Wolfgang Lederer évoque plus de 300 exemples de ce thème retrouvés chez les Indiens d'Amérique du Nord [3]. Au regard de ce type de discours, il faut

[3] Wolfgang Lederer, *La Peur des femmes* (Paris, Payot, 1980).

évoquer cette coutume où les jeunes filles venant d'être excisées se voient affublées d'un pénis en terre dans leur vagin afin d'éviter l'intrusion de tout esprit malfaisant. C'est pour cette raison aussi, que dans certaines sociétés, la défloration est confiée à un substitut du mari. L'Afrique propose encore un mythe assez significatif. Il est rapporté par Léo Frobenius. Il intéresse la légende des Ben Lulua du Congo : « Kalemollo qui a une grosse verge a envie de faire l'amour avec une femme. Il en trouve une, mais celle-ci a des dents dans son vagin et lorsqu'il éjacule elle le mord avec ses dents. Blessé, il guérit assez rapidement et tente de récidiver, mais lorsqu'il veut éjaculer, la femme lui coupe la verge avec ses dents du vagin. La verge reste dans le corps de la femme jusqu'aux dents de la bouche. Lui et la femme meurent. » [4] La gynophobie, désignée par ces croyances et les pratiques de protection qui s'ensuivent, est souvent associée au tabou menstruel, y compris dans notre société.

Il ne faut pas douter que la peur du sexe des femmes soit une des surfaces d'émergence de certains gestes sur leur sexe, que ces gestes soient des gestes médico-chirurgicaux ou non. La violence de l'épisiotomie n'est pas sans évoquer une certaine agressivité dirigée sur le sexe de la femme, sous couvert d'un discours hygiéniste et préventif, cette agressivité n'émergeant probablement pas à la conscience des acteurs (tout au moins il faut l'espérer). Il ne faut pas douter non plus que cette peur du sexe de la femme est aussi liée à la fonction même de ce sexe, la reproduction, qui lui donne un pouvoir sans égal. C'est à ce niveau précis que pourrait s'effectuer un processus d'appropriation de la reproduction par les hommes.

ÉPISIOTOMIE ET RÉAPPROPRIATION DE LA MATERNITÉ

Le besoin de réappropriation de la procréation par les hommes apparaît nettement dans de nombreuses initiations masculines comme dans de nombreuses théories sur la procréation.

Chez les Chagas, lors de l'initiation des garçons au moment de la puberté, ceux-ci subissent une obturation. Celle-ci se fait à la fin de l'initiation qui dure neuf mois. Les cérémonies se terminent par la mise en place du bouchon. Au regard de cette remarque, les Chagas signifient la grossesse féminine par le terme : « la femme se ferme » [5]. La mise en place du bouchon pourrait donc bien symboliser l'arrêt des régies lors de la survenue d'une grossesse. Ici l'initiation

[4] Michel Erlich, *op. cit.*, p. 236.

[5] Nicole Belmont, « Contraception, grossesse et accouchement dans les sociétés non occidentales », *Confrontations Psychiatriques*, n° 16, 1978.

des jeunes hommes n'est pas sans rappeler une grossesse symbolique. Il y aurait, au cours de l'initiation, une réappropriation symbolique de la procréation par le groupe des hommes. Il faut noter à ce propos que la circoncision rituelle traditionnelle n'est rien d'autre que cela dans de nombreuses sociétés. En effet, il s'agit le plus souvent pour les hommes de reconnaître les garçons dans un processus de filiation en inscrivant sur leur sexe une marque d'appartenance. Il s'agit d'une naissance sociale, seconde naissance, qui constitue également une tentative d'appropriation de la procréation par les hommes. En effet, si la maternité est naturelle, la paternité est toujours sociale. On est en droit de se demander si la circoncision médicale, devenue à une certaine époque quasi systématique, ne s'inscrit pas dans ce même registre. Il s'agit de la filiation renvoyant directement à la problématique de la paternité.

ÉPISIOTOMIE ET PROBLÉMATIQUE DE LA PATERNITÉ

Il est évident qu'une telle analyse nécessite de considérer les pratiques du corps comme des pratiques sociales. A savoir que si l'épisiotomie s'est développée de la sorte dans notre société, c'est que le terrain y a été propice. Ce type de geste, comme réappropriation de la procréation, désigne un réel malaise concernant la paternité et la filiation dans notre société. Mais il ne faut pas s'y méprendre, cette problématique de la paternité est universelle. Elle se retrouve dans toute société comme le montrent les pratiques traditionnelles étudiées ici.

L'épisiotomie oscille entre la problématique de la paternité et les désirs de posséder les fonctions reproductrices de la femme. À ce titre, l'homme qui enfante est largement présent dans la phantasmagorie individuelle et collective. Les mythes fondateurs sont bien souvent les premiers à exclure la femme dans l'œuvre de la procréation. On y aperçoit les premières grossesses masculines : à Athènes, la déesse Athéna est sortie tout armée du front de Zeus. On sait que dans la culture judéo-chrétienne, la création de la femme est une véritable naissance par accouchement costal masculin. Eve naît de la côte d'Adam : la Genèse propose la première identification à la paternité.

Ce que propose la Genèse est à relier directement avec le mythe de l'« homme enceint » dans la tradition orale européenne. Celui-ci est particulièrement révélateur de cette problématique de la paternité, notamment du désir des hommes à procréer. Roberto Zapperi rapporte plusieurs thèmes folkloriques de ce type, dont celui-ci qui n'est autre que la version populaire de la création d'Ève : « L'homme enceint de Monreale était un type dont le ventre et la cuisse ne cessaient d'enfler ; ils enflèrent tant et si bien qu'il était sur le point de

mourir. Les chirurgiens furent appelés ; ils lui firent une entaille et au lieu d'eau et de pus il en sortit un enfant. On s'en émerveilla beaucoup et on parle encore de l'homme de Monreale. » [6] Ce conte italien renvoie directement à la fantasmagorie populaire selon laquelle l'homme est en mesure de procréer.

Il en va de même pour la pratique de la couvade qui illustre particulièrement bien le désir d'enfantement des hommes et sa mise en acte symbolique. Pour cette vieille coutume largement répandue à travers le monde, l'identification à la femme se fait au moment du *post-partum*. Le plus souvent, la femme ayant accouché, l'homme se couche, prenant sa place. C'est une forme de comportement très répandue. Il suffit de citer la croyance selon laquelle les douleurs de l'enfantement pourraient être transmises à une autre personne et notamment au père. Dans le même ordre d'idées, des hommes assistent à l'accouchement de leur épouse afin de « partager les douleurs ». La couvade insiste souvent sur le fait que la présence du père est importante pour la bonne santé de l'enfant et son bon développement. C'est ce à quoi renvoient certaines prescriptions concernant le père lors de la naissance de son enfant. Voici l'exemple des coutumes de Dayka en Malaisie où le mari d'une femme enceinte n'a plus le droit, quelques semaines avant l'accouchement, de se servir d'une arme à feu, ni de faire quoi que ce soit qui puisse seulement blesser un être vivant, homme ou bête. On pense que cette activité aurait un effet néfaste sur l'enfant. Après l'accouchement, le mari ne peut rien manger d'autre que du riz et du sel. Cela permet d'éviter au corps de l'enfant de devenir anormalement gras [7]. Le père intervient ici par sympathie, de la même façon que la mère quand il est question de certaines prescriptions alimentaires et tabous de grossesse. La couvade, partout et de tout temps, tourne autour d'un pôle essentiel : la problématique de la paternité. Elle pose le problème de l'identification masculine, et surtout de l'identité du père et de l'affirmation de cette identité, tout autant que de l'importance du père dans la fabrication des enfants. Le but de la couvade est toujours, pour le père, de se situer par rapport à l'enfant.

Dans notre société, la problématique du père a été largement accentuée par la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Le père est exclu et dépossédé. En effet, les médecins ont tout d'abord exclu le père de la salle d'accouchement lui ôtant le rôle symbolique indéniable qui lui était réservé la plupart du temps : Françoise Loux raconte comment le père enveloppait

[6] Roberto Zapperi, *L'Homme enceint. L'homme, la femme et le pouvoir* (Paris, PUF, 1983), p. 49.

[7] Théodor Reik, *Le Rituel. Psychanalyse des rites religieux* (Paris, Denoël, 1974).

l'enfant dans sa chemise lui donnant ainsi son premier signe d'appartenance sociale [8]. Ce type d'acte se retrouve dans certaines sociétés africaines où le vêtement est le propre du père. Actuellement le père peut retrouver un peu de son identité paternelle par cet acte symbolique que le médecin lui propose parfois : la section du cordon ombilical. C'est alors le père qui sépare définitivement l'enfant de la mère.

Il existe dans notre société une véritable pathologie de la paternité qui n'est pas sans pointer du doigt la difficulté d'assumer un tel rôle : manifestations d'ordre névrotique, mais aussi manifestations d'ordre psychotique avec décompensation lors de la grossesse. Sans oublier les manifestations nombreuses et souvent laissées pour compte, qui, sans être pathologiques, témoignent de la résonance inconsciente de l'événement. Bon nombre de médecins voient quotidiennement des hommes en mal de la grossesse de leur partenaire proposer une symptomatologie bénigne mais non moins significative. On touche ici la psychosomatique dont les manifestations peuvent être réellement considérées comme des couvades à part entière.

Voici l'observation d'un homme de trente ans dont la femme vient d'accoucher. A la sortie de la maternité où il venait de la laisser après un accouchement simple, il est pris d'une douleur de plus en plus tenace au niveau du mollet gauche. Il consulte le lendemain pour une phlébite importante sur une jambe couverte de paquets variqueux qu'il n'a jamais voulu traiter. Depuis l'accouchement de sa femme, il souffre tellement de son mollet qu'il a du mal à marcher. « Quand même c'est ma femme qui accouche et c'est moi qui doit rester au lit! ». Il arrive néanmoins à rendre visite à sa femme et à sa progéniture. Lorsqu'il revient consulter quelques jours plus tard avec une aggravation de sa phlébite, il raconte qu'une infirmière de la maternité a bien rigolé en apprenant son aventure et qu'elle lui aurait dit : « D'habitude ce sont les femmes qui font des phlébites quand elles accouchent ». Cette réflexion l'a fait bien rire : « C'est vrai, c'est bizarre, vous ne trouvez pas ? » La corrélation avec la paternité peut rester très souvent ignorée du fait du processus de déplacement qui consiste à attribuer l'angoisse de paternité à des problèmes matériels ou professionnels.

Par delà la diversité des manifestations, il apparaît que la paternité réactive un certain nombre de fantasmes et qu'elle fournit l'occasion de nouveaux questionnements sur l'identité du père et sur la filiation. À cela s'ajoute un

[8] Françoise Loux, *Le Jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle* (Paris, Flammarion, 1978).

facteur que certains patients en analyse abordent fréquemment, c'est le fort sentiment de dépossession de leur femme par les médecins quant à la situation d'accouchement. Et pour cause !

ÉPISIOTOMIE ET MÉDECINS

Nous avons vu comment les sociétés traditionnelles mettent particulièrement bien en scène le phénomène constant de réappropriation de la procréation, ne serait-ce que dans les théories sur la procréation qui essaient toujours de donner la plus grande importance à l'action de l'homme, notamment de son sperme.

Si dans de nombreuses sociétés, la procréation est étroitement liée à l'action de l'homme, chez le médecin, l'identification à la femme est parfois évidente. Elle est révélée par de nombreux praticiens : « J'ai accouché », « J'ai fait deux accouchements », « C'est moi qui l'ai mis au monde... ». A n'en point douter, la vocation obstétricale comporte une forte identification féminine.

Cette idée renvoie à la théorie de Bruno Bettelheim dont le moteur essentiel réside dans l'envie que chaque sexe éprouve pour l'autre sexe. L'envie du vagin serait dominante pour l'homme, et la circoncision en serait sa réalisation [9]. On peut alors se demander si l'épisiotomie ne serait pas la réalisation de cette envie du vagin chez les hommes, et surtout la réalisation de l'envie de procréation par identification à la femme. A ce niveau, circoncision et épisiotomie posséderaient un lien étroit. Il est clair que ce n'est pas l'organe qui est en question ici, mais la fonction de l'organe. L'épisiotomie apparaît ainsi comme un moyen pour l'homme, mais aussi pour la société de se réinvestir du rôle de géniteur. On se trouve en présence d'une réappropriation qui se situe à un autre niveau que celui de l'envie énoncée par Bruno Bettelheim, qui lui serait en quelque sorte secondaire : l'épisiotomie serait un agir suscité par l'envie.

Face à cela, on assiste dans notre société à un important phénomène social qui prend en charge toute la vie génitale de la femme. Elle devient contrôlée par la médecine et les médecins. L'emprise médicale ramène ainsi la mère et l'enfant à un contrôle globalement patriarcal. Cela sous-entend bien entendu que la médecine est globalement masculine ; il en est de même de la pensée clinique. On assiste ainsi à un déplacement de la paternité vers un patriarcat

[9] Bruno Bettelheim, *Les Blessures symboliques* (Paris, Gallimard, 1984).

médical. Le père biologique se trouve dépossédé de son rôle. Il s'agit d'une réappropriation sociale de la maternité, dominée par un individu qui y prend une place particulière, le médecin. « Le docteur, c'est le second mari de la mère » ; cela veut dire aussi que le médecin c'est le second père de l'enfant.

À ce niveau, il semble bien que le patriarcat médical tente d'extirper la procréation des seules volontés des femmes. C'est là une véritable réappropriation de la maternité face à la liberté actuelle des femmes de procréer quand elles le désirent. Si les femmes gèrent leur sexualité, c'est bel et bien au travers du pouvoir en place qui s'est substitué d'une part au pouvoir des matrones, d'autre part au pouvoir des hommes sur leur femme : les femmes ne sont plus dépossédées de leur sexualité par leur époux comme autrefois, mais par la société qui leur en propose son propre mode de gestion.

L'épisiotomie, comme la contraception et l'I.V.G. gérées par les médecins, renvoie indéniablement à une certaine forme de contrôle de la fécondité et de la génitalité, par contrôle médical de la reproduction et de l'accouchement. L'efficacité symbolique est ici indéniable. Elle est obtenue par la marque et le type de geste (ouverture), l'espace local du geste (la vulve), le moment du geste (l'accouchement), le détenteur du geste (le médecin) et le lieu où s'effectue ce geste (la maternité).

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, les sociétés traditionnelles peuvent être des outils d'analyse pertinents pour l'étude de l'épisiotomie dans son contexte de production, et plus généralement pour l'analyse de la pratique médicale dans notre société. L'approche transculturelle des pratiques sexuelles a permis de révéler des matériaux intéressants à propos de l'épisiotomie. Ces matériaux apparaissent clairement lorsqu'on se penche sur certaines pratiques traditionnelles touchant le sexe de la femme et l'initiation de l'individu. Les modalités de ces gestes, tout autant que les discours interprétatifs qui en sont donnés, permettent de répondre en partie à la question du sens de l'épisiotomie dans notre société. On s'aperçoit ainsi très vite que les discours interprétatifs des pratiques du corps sont assez similaires d'une société à une autre. Ils désignent un Universalisme Culturel indéniable. Le discours médical s'avère être une interprétation qui nous est propre de problèmes universaux. L'épisiotomie comme pratique préventive se révèle être une expression (occidentale) de la problématique de paternité et de filiation qui est, elle, universelle. Ceci montre que, derrière la répétitivité et le contexte parfois dramatique de certaines

consultations, il est nécessaire d'aller chercher les motivations inconscientes des uns et des autres, patients et médecins. Car il est bien évident que l'un et l'autre contribuent dans une même synergie à faire régner un certain ordre (social et moral).

Avril 1995,
Anne Dutruge [10]

[10] Ethnologue et médecin, Anne Dutruge a publié *Rites initiatiques et pratique médicale dans la société française contemporaine* (Paris, L'Harmattan, 1994).

« L'épisiotomie est un geste banal qui ne provoque aucun débat réel dans la pratique quotidienne des maternités. Pourtant (...), les bases scientifiques préconisant ce geste sont remises en question. Ces controverses ont conduit quelques obstétriciens à pratiquer certains travaux mettant en doute l'opportunité d'une épisiotomie de principe chez les femmes accouchant pour la première fois. Elle n'est nécessaire qu'en cas de risque de grosse déchirure ou si la durée de l'expulsion est trop prolongée. »

TOUT MAIS PAS L'INDIFFÉRENCE