

## Protocoles obstétricaux et données probantes des études scientifiques : une panacée ?

Bernard Bel<sup>1</sup>

Nous allons parler de l'intérêt et des limites de l'utilisation de données probantes (médecine « factuelle », *evidence-based*) pour la mise en place de protocoles de surveillance médicale des accouchements.

### Pourquoi des protocoles ?

On peut se demander pourquoi médecins et sages-femmes se réfèrent à des protocoles pour justifier leurs actes médicaux et leurs stratégies de surveillance de l'accouchement. Tout praticien n'est-il pas seul responsable des actes qu'il est amené à poser (avec l'accord des patients) sur la base de ses connaissances et de son expérience ? La réponse est « oui », mais cette responsabilité doit aussi être négociée entre les membres de l'équipe. (Par exemple, en France, si un médecin ou une sage-femme libérale accompagne un accouchement sur le plateau technique d'un hôpital public, en cas de litige les parents devront saisir à la fois le tribunal de grande instance et le tribunal administratif.)

Les protocoles sont plus souvent un mythe construit qu'une réalité écrite, comme l'a montré un récent débat sur *la responsabilité individuelle lors d'une naissance* (Carrefour Naissance 2002) où étaient confrontés les « niveaux de réalité » des parents, des professionnels et des données de la recherche. Ils s'élaborent sur la base de réponses « systématiques » aux questions que posent les patients de manière récurrente... et tendent à intégrer, au premier niveau, les peurs profondes et les désirs des usagers (et des fournisseurs de soins), puis à un second niveau les habitudes de travail et contraintes d'organisation, pour en finir avec les considérations médico-légales. Tout cela fait l'économie, le plus souvent, de références précises aux données de la science. Il faut reconnaître que peu de sages-femmes lisent la littérature scientifique, et que les médecins, pour la plupart, s'en tiennent aux conclusions des articles.

Des protocoles formels s'imposent dans les situations d'urgence potentielle. Le rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle en France (DGS-INSERM 2001) parle ainsi des mesures de surveillance qui doivent entourer la période de la délivrance :

*Un incendie peut tourner à la catastrophe en peu de temps. Aussi les pompiers sont formés à agir avec célérité selon des protocoles précis préalables. Une hémorragie de la délivrance peut tourner à la catastrophe en peu de temps. Aussi l'équipe doit-elle agir avec célérité, selon des protocoles précis, préétablis, et organiser régulièrement les exercices de mise en situation qui s'imposent.*

Les protocoles sont aussi incontournables chaque fois que différentes spécialités médicales doivent être coordonnées, comme c'est le cas dans la surveillance très médicalisée des accouchements « eutociques ». Historiquement, cette manière de faire remonte à la fin des années 1960, lorsque la « **gestion active du travail** » a été

---

<sup>1</sup> Secrétaire de l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté <<http://afar.info>>

promue en Irlande par O'Driscoll, suite à la fermeture des petites maternités locales.<sup>2</sup> Beverley Beech (2004) déclare à ce sujet :

*On a centralisé les services d'obstétrique ; on a contraint les femmes à accoucher dans de grandes structures et, lorsque ces services ont été débordés par un nombre croissant de naissances, les obstétriciens ont trouvé le moyen de « gérer » le processus dans les salles de travail afin d'en réduire sa durée.*

*En 1963 la durée optimale du travail pour une primipare était estimée à 36 heures, en 1968 elle a été réduite à 24 heures, et en 1972 elle est descendue à 12 heures. Actuellement, on peut compter 8 heures. O'Regan (1998) a montré que réduction de la durée du travail était en proportion inverse du nombre de naissances. Pour s'assurer que les femmes accoucheraient dans le temps artificiellement imparti, le travail était déclenché ou accéléré, on encouragea les femmes à pousser, et une épisiotomie était réalisée pour être absolument certain que la tête du bébé émergerait le plus vite possible.*

Marsden Wagner (1996) ajoute :

*La gestion active du travail illustre la confusion dans l'approche médicale de ce qui est normal et de ce qui est pathologique en ce qui concerne la naissance. La gestion active est une forme extrême de médicalisation dans laquelle le rythme de l'horloge a été accéléré. Si le travail de la femme ne progresse pas à un rythme que les médecins ont défini, de manière arbitraire, comme satisfaisant, on dit que la femme souffre de « dystocie » et qu'une intervention est nécessaire pour accélérer le travail.*

Selon cette approche, que l'on pourrait qualifier de « productiviste », l'accouchement s'écarte franchement de la physiologie pour devenir un événement médical à part entière qui nécessite une surveillance accrue, et toujours plus d'interventions pour régler des problèmes qui découlent en grande partie des interventions initiales... On n'est plus dans la prévention, mais dans l'urgence, dans un contexte médico-légal qui valorise l'intervention au détriment de l'accompagnement respectueux. Le Professeur Y. Malinas expliquait avec une pointe d'ironie (*Le Dauphiné Libéré*, 8 mai 1994) :

*L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique moderne consiste à perturber le dit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible. C'est beaucoup plus difficile.*

C'est dans ce contexte que l'équipe médicale est obligée d'avoir recours à des protocoles permettant une prise de décision rapide et consensuelle. En cas de litige, ce n'est pas le bien-fondé du protocole qui est remis en cause, ni par les experts, encore moins par les juges. La responsabilité des praticiens est évaluée en fonction de leur respect ou non des protocoles en vigueur dans leur équipe.

## **L'exploitation des données probantes**

Les études comparatives montrent que les protocoles varient considérablement d'un établissement à l'autre, quand ce n'est pas d'une équipe à l'autre. (Voir notamment Mead 2001) Exemple bien connu : toutes conditions égales par ailleurs, certaines maternités imposent un jeûne total à la parturiente alors que d'autres lui permettent de s'alimenter. C'est cette variabilité des protocoles qui renforce une tendance des usagers à les percevoir comme des procédures arbitraires portant atteinte à leur autonomie de décision en matière de soins médicaux. Les usagers voudraient voir s'appliquer le principe du consentement éclairé (en France, l'article L 1111-4 du Code de la santé publique), mais les professionnels redoutent que « plus les patients sont éclairés moins ils consentent ». D'où une certaine opacité pour tout ce qui

---

<sup>2</sup> Voir <<http://naissance.ws/docs/active-management-fr.htm>>

touche aux protocoles — en général on invoque l'urgence, réelle ou anticipée, pour passer outre les demandes des patients — et, en retour, le sentiment de nombreux usagers d'avoir été de simples objets manipulés par le « pouvoir médical ».

Le code de déontologie médicale français précise (article 32) que « [Les] soins sont fondés sur les données acquises de la science. » C'est pourquoi les représentants d'associations d'usagers et de collègues professionnels interviennent auprès des autorités (en France, l'ANAES, *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*) pour faire évoluer les pratiques à partir des données probantes issues des études scientifiques.

La pratique médicale factuelle est indéniablement un progrès par rapport à celle basée sur des observations incomplètes, voire des gestes de routine. L'épisiotomie prophylactique est un exemple dramatique de routine s'appuyant sur une croyance persistante (la prévention des déchirures graves) bien qu'invalidée par de très nombreuses études scientifiques. Cette année, dans la cadre de la *Semaine mondiale pour l'accouchement respecté* (SMAR, <<http://afar.info/smar.htm>>), l'AFAR a publié une compilation de 93 études concernant l'épisiotomie<sup>3</sup> qui a été transmise la CNAM (*Caisse nationale d'assurance maladie*) pour saisir l'ANAES en vue d'une révision des recommandations de pratique clinique concernant l'épisiotomie. L'objectif immédiat de l'AFAR est de faire chuter la moyenne nationale d'environ 50% à moins de 13% des naissances par voie basse, qui représente au Royaume-Uni le taux des épisiotomies jugées nécessaires lors d'extractions instrumentales. A long terme, une meilleure pratique de protection du périnée pourrait être associée à un taux d'épisiotomies inférieur à 6%, comme c'est le cas en Suède ou au centre hospitalier de Lasalle (île de Montréal).

Les représentants des usagers ont besoin de professionnalisme dans l'élaboration de dossiers destinés à convaincre les autorités médicales de faire évoluer des pratiques. Les organismes sont interpellés par un collectif une trentaine d'associations, le CIANE <<http://naissance.ws/CIANE/>>, dont l'AFAR fait partie. Sur la même base de recherche de données probantes, nous essayons maintenant de susciter un changement de protocoles pour ce qui concerne le déclenchement, l'expression abdominale et la prévention de l'hémorragie post-partum.

## **Les limites de l'approche basée sur les données probantes**

### *Pertinence liée aux conditions expérimentales*

Dans nos associations et listes de discussions, il est fréquemment question de la sécurité des accouchements faiblement médicalisés, et plus particulièrement des accouchements à domicile qui souvent se déroulent sans qu'aucun geste médical ne soit posé. La présence d'un médecin ou d'un(e) sage-femme implique en général l'élaboration d'un projet de naissance (Québ. *plan de naissance*) plus ou moins formalisé et plus ou moins détaillé. Les professionnels de la médecine ont tendance à s'appuyer sur les protocoles des institutions dans lesquelles ils ont exercé leur métier avant de travailler de manière indépendante. Les parents bien informés auraient plutôt tendance à remettre en cause tous ces protocoles et à interroger les pratiques au vu des données probantes.

Toutefois, il est souvent difficile d'adopter une ligne de conduite à partir de ces données. L'approche factuelle, en effet, s'appuie sur des études épidémiologiques (rétrospectives ou prospectives) qui nécessitent un échantillon statistique assez important pour devenir significatif. Pour cela, il faut conduire l'étude dans un grand établissement pendant plusieurs années, ou encore dans plusieurs établissements

---

<sup>3</sup> Voir <<http://afar.info/syntheses/compil-bibli.html>>

simultanément. Cela suppose que les protocoles ne varient pas dans le temps, ni d'un établissement à l'autre, une situation est très éloignée de la réalité. Un problème de la démarche scientifique dans le domaine médical est l'absence de reproductibilité parfaite.

Une étude statistique suppose par ailleurs que les groupes étudiés soient homogènes, autrement dit elle s'appuie sur le paradigme du corps humain considéré comme une machine dépourvue de variabilité — et de capacité d'adaptation (ou d'*invention* ?)... Simple machine sans psychisme et sans histoire, puisque la caractérisation des sujets fait très peu entrer en ligne de compte leur passé autre que les pathologies ou accidents obstétricaux.

Il est clair que toute extrapolation de ce paradigme aux conditions singulières d'un accouchement hors structure induit une erreur. En l'absence de données probantes sur les situations envisagées, on peut décider (sans preuve) que l'erreur n'a pas d'incidence sur la conduite à adopter. Par contre, nier catégoriquement l'incertitude liée à cette extrapolation est de l'ordre de la fraude scientifique.

Un exemple typique est celui de l'évaluation du risque d'un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Le taux de 3 pour 1000 de déchirures utérines fourni par la littérature concerne des accouchements gérés en structure. L'étude de Baskett & Kieser (2001), portant sur 4516 AVACs, donne un taux de 0.24% de ruptures vraies, dont 84% sur des utérus à cicatrice segmentaire. De plus, le déclenchement, l'accélération du travail à l'aide de prostaglandine et d'ocytocine, la position forcée en décubitus dorsal, pieds dans les étriers, le contrôle des poussées en phase d'expulsion (rendu nécessaire par l'analgésie péridurale), enfin l'extraction instrumentale, sont autant de facteurs de risque de rupture utérine. Dans l'étude citée, la mortalité maternelle a été nulle, et la mortalité infantile de 0,022% en cas de rupture utérine, c'est-à-dire bien inférieure au taux de mortalité global en France.

On ne dispose pas d'un échantillon statistique suffisant pour évaluer ces risques sur un AVAC non perturbé. Paradoxalement, ici, l'impossibilité de chiffrer le risque incite le corps médical — et souvent les parents — à envisager l'AVAC dans un contexte hypermédicalisé pour lequel le risque de complications (dystocie, rupture utérine) est accru, mais où il est plus facile de pratiquer une césarienne en urgence. L'aspect médico-légal devient ici prépondérant, de sorte que l'antécédent de césarienne fait aujourd'hui partie des critères d'exclusion des parturientes pour un accouchement assisté à domicile ou en maison de naissance.

### ***Une recherche biaisée par des motivations diverses***

Selon Racinet (1994, p.106), *la fraude est le rapport délibéré de données fausses ou de données créant une impression erronée ou même la rétention de données publiables. Elle doit être distinguée de la déficience scientifique, caractérisée par des erreurs involontaires ou délibérées [...]*

Il est difficile de tracer une ligne de démarcation indiscutable entre « fraude » et « déficience » car on peut spéculer à l'infini sur les intentions des auteurs et des éditeurs d'un article scientifique. Les fraudes sont monnaie courante là où d'importants intérêts économiques sont mis en jeu, quand on sait par exemple que l'industrie pharmaceutique finance la majeure partie de la recherche, privée comme publique. (Voir par exemple Pignarre 2001, 2004.)

Amzallag (2001) ne reconnaît pas cette distinction et, s'appuyant sur une analyse socio-historique solidement argumentée de l'évolution des idées en biologie, il présente la fraude comme une pratique très répandue, à commencer par le *polissage des résultats* en vue d'un meilleur classement dans les comités de lecture. Il en vient à poser la question (op.cit., p.150) : *Mais extirper tout parti pris de l'univers scientifique ne reviendrait-il pas à enrayer définitivement l'avancement des connaissances ? [...]* Le parti

*pris idéologique représente donc un véritable démon intérieur qui pousse le scientifique à frauder, certes, mais également à affiner sans cesse ses preuves expérimentales, et donc à découvrir au passage de nombreux autres phénomènes.*

Elm & Matthias (2004) insistent sur l'adoption de protocoles standardisés pour la rédaction des rapports. Les éditeurs ne sont pas en reste. Pocock et collègues (2004) rappellent que la qualité des articles dépend en partie de la vigilance des comités rédactionnels et des relecteurs de journaux scientifiques, soulignant que la littérature épidémiologique est sujette aux biais de publication. Racinet (1994, p.109) note à ce sujet :

*Lorsqu'un essai ne montre aucune différence entre des traitements, les auteurs de cet essai ont tendance à ne pas exploiter leurs résultats par une publication. Même s'ils font l'effort de produire un rapport de cet essai aux conclusions négatives, les éditeurs des revues médicales sont souvent peu enclins à accepter une publication qui concerne une information estimée peu intéressante : en effet quelle sorte de progrès médical peut-on attendre d'une conclusion négative, semble-t-il ?*

En obstétrique, les usagers se heurtent souvent à des attitudes conservatrices du milieu médical qui rechigne à remettre en cause des gestes de routine dont l'efficacité n'est pas scientifiquement prouvée. Les rares études qui concluent à une efficacité de l'épisiotomie prophylactique (préventive) ont certainement été menées avec un préjugé favorable à cette pratique. C'est cette intentionnalité, reflétée par les conclusions, qui nous incite à parler de « fraude » pour ces publications en particulier.

### ***Fraude involontaire***

Cité par Amzallag (2001, p.91), Francis Bacon écrivait dans son *Novum Organum* :

*L'entendement humain, en vertu de son caractère propre, est porté à supposer dans les choses plus d'ordre et d'égalité qu'il n'en découvre ; et, bien qu'il y ait dans la nature beaucoup de choses sans concert et sans pareil, cependant, l'entendement surajoute des parallèles, des correspondances, des relations qui n'existent pas.*

Amzallag ajoute (ibid.) que ce constat *nie toute possibilité de décrire le réel dans son intégralité à partir de théories préexistantes à l'observation. C'est dans son essence même que toute tentative d'explication déforme le réel. [...] Le biais est encore plus grand dans le cas de la méthode hypothético-déductive, parce qu'il est amplifié par la dimension émotionnelle dont est entaché le résultat de l'expérience.*

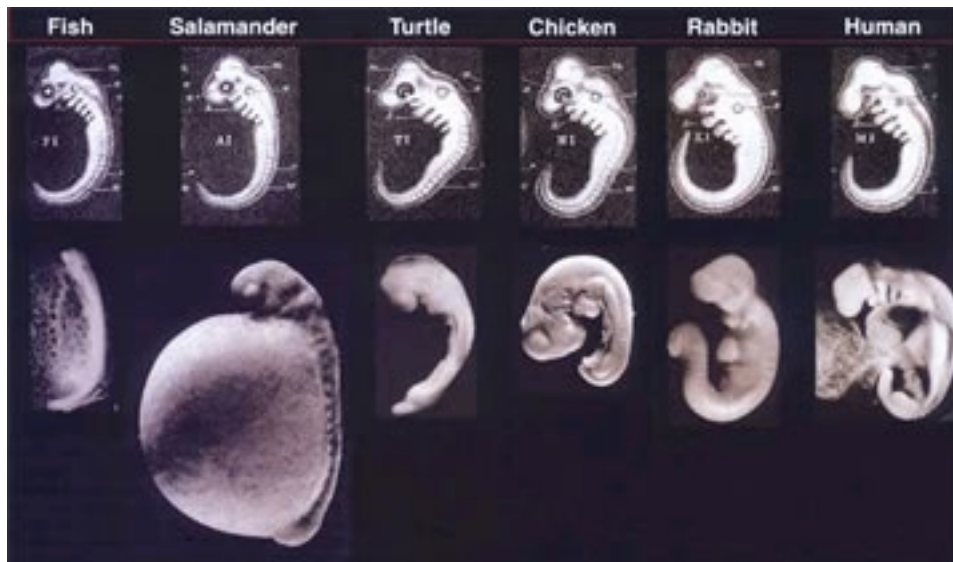
On peut illustrer ce mécanisme d'interprétation à partir d'une expérience simple de tirage au sort. Dans un salle où brûlent des bâtonnets d'encens, invitons un groupe de 100 personnes à participer à une expérience de « psychokinésie ». Chaque expérimentateur doit jeter en l'air 10 pièces de monnaie en se fixant comme objectif d'en faire tomber le plus possible sur la même face. En moyenne (selon la loi binomiale) 11 personnes vont en obtenir un minimum de 8 du même côté et seront enclines à croire qu'elles ont influencé ce résultat par la force de la pensée. Décrétons que celles qui ont échoué manquaient de concentration, ou encore que celles qui ont obtenu le résultat (pile ou face) inverse à leur visualisation ont été victimes d'un conflit inconscient... puis répétons l'expérience. Chaque fois, un pourcentage « significatif » d'expérimentateurs atteindront leur objectif, et chaque expérimentateur atteindra l'objectif (pile ou face) au moins une fois tous les 20 tirages (en moyenne). Il est envisageable qu'après quelques dizaines de tirages le groupe soit majoritairement convaincu que le phénomène a bien été prouvé, les résultats de ces expériences étant nettement meilleurs de ce qu'ils estiment être la moyenne statistique. Quelques expérimentateurs un peu plus enthousiastes auront peut-être même élaboré une théorie expliquant par une variable cachée la réussite ou l'échec de chaque tirage.

Les habitués des salles de jeu — clients (même ruinés), croupiers, policiers... — sont convaincus que « le hasard n'existe pas ». Il en va de même chaque fois que des scientifiques entreprennent une série d'expériences dans le but, non pas de faire émerger une théorie à partir des résultats, mais de confirmer une théorie déjà érigée en loi scientifique parce qu'elle correspond à ce que la majorité d'entre eux a envie de croire. *Qu'on le veuille ou non, la méthode hypothético-vérificative dérive irrésistiblement vers une démarche hypothético-confirmative.* (Amzallag 2001, p.93)

Le 21 septembre 1995, à New Delhi, j'ai vu des milliers de personnes « vérifier par l'expérience » que les statues du dieu Ganesha avaient le pouvoir d'absorber le lait qu'on leur donnait à boire ! (Simple phénomène de tension superficielle...)

### ***Fraude par polissage des résultats***

Elle est la plus fréquente dans toute démarche expérimentale visant à valider une hypothèse en accord avec les croyances des expérimentateurs. Formulée par Ernst Haeckel à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, la *théorie de la recapitulation* est un exemple de théorie, plus tard reconnue comme frauduleuse par son auteur, et néanmoins toujours citée en référence dans des cursus de biologie moléculaire. A l'aide de dessins triés et simplifiés des étapes du développement embryonnaire de l'homme, Haeckel avait prétendu prouver que, *durant le développement des espèces les plus évoluées, l'embryon reproduit les plans d'organisations les plus archaïques de la lignée à laquelle l'espèce appartient.* (Amzallag 2001, p.89 ; Pappas & Barran 2004)



En haut : les dessins de Haeckel. En bas : photographies de Richardson et al. (1997) des mêmes embryons au même stade de développement.

Source : <<http://www.thematrix.co.uk/texttopic.asp?ID=31>>

Lorsqu'un expert cite le travail d'un autre expert, le polissage des résultats se traduit souvent par un mensonge par omission. Dans un diaporama qui nous a été adressé par le Prof. G. Mellier (Hôpital Edouard Herriot à Lyon) on voit citer une étude portant sur 2 millions de cas (Handa et al. 2001). Cette étude donne un facteur de risque de 0.89 de l'épisiotomie médiolatérale pour les déchirures de 3<sup>e</sup> degré. Mellier, qui cherche à justifier l'épisiotomie prophylactique, oublie de préciser que dans la même étude le facteur de risque a été évalué à 1.12 pour les déchirures de 4<sup>e</sup> degré. Autrement dit, l'épisiotomie aurait réduit le nombre de déchirures du 3<sup>e</sup> degré tout en augmentant celui du 4<sup>e</sup> degré dans des proportions comparables !

Globalement, l'effet de l'épisiotomie dans cette étude est nul, d'autant plus que le taux de déchirures sévères est très élevé (proche de 6%), ce qui rend l'effet protecteur très peu crédible, en dépit de la statistique.

### ***Fraude méthodologique : variables cachées***

Nous prendrons comme exemple une étude hollandaise qui conclut à un effet protecteur important de l'épisiotomie en s'appuyant sur une large population statistique (de Leeuw et al. 2001a).

On se demande comment un tel facteur protecteur n'est pas retrouvé dans d'autres études, même avec une population 10 à 20 fois moindre. Il est édifiant de comparer l'étude de Leeuw à une autre étude de grande envergure réalisée en Suède (Rockner & Fianu-Jonasson 1999) :

Etude	Episiotomie		Déchirures sévères	
	nullipares	multipares	nullipares	multipares
de Leeuw	34%		2.7%	1.3%
Rockner	6.6%	1%	2.3%	0.6%

Les chiffres donnés par de Leeuw et al. ne permettent pas de déduire les taux d'épisiotomies séparément pour les nullipares et les multipares.

Les taux de déchirures sévères dans ces deux études sont équivalents pour des taux d'épisiotomies moyens de 34 et 4 %. Ce n'est donc pas l'épisiotomie qui protège le périnée. Deux explications possibles :

- (1) Les données sont fausses, i.e. une proportion importante des déchirures sévères n'est pas inscrite dans les dossiers. A ce point, cela paraît improbable.
- (2) L'échantillon statistique est hétérogène, ou bien il y a des variables confondantes (cachées) non prises en compte, ce qui revient en fait au même.

L'échantillon statistique de de Leeuw et al. est effectivement très hétérogène, regroupant toutes les maternités et les accouchements à domicile. Comme le montrent d'autres auteurs, que de Leeuw et al. ne prennent pas la peine de discuter, cela conduit à des résultats surprenants lorsque l'on regarde par maternité. La pratique hollandaise et la pratique suédoise sont également assez différentes. La seconde est particulièrement respectueuse de la femme et du bébé, n'imposant pas une position pour accoucher, ni l'immobilité pendant le travail, et ne faisant appel aux drogues et à la gestion active du travail que dans les cas réellement pathologiques.

### ***Fraude méthodologique : calcul statistique***

*L'arbre de la statistique ne doit pas cacher la forêt des incertitudes...* (Racinet 1994, p.114)

Nous citerons comme dernier exemple une fraude qui porte sur la validité d'un calcul statistique. Il s'agit d'une étude sur les facteurs de risque (OR) de l'incontinence fécale consécutive à une déchirure du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré (de Leeuw et al. 2001b).

L'étude porte en réalité sur 125 cas, dans un hôpital de Rotterdam entre 1971 et 1990, à savoir les parturientes qui ont souffert d'une déchirure du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré et se plaignent de douleurs rectales (40%), d'incontinence fécale (31%), jusqu'à l'urgence (26%) ou avec souillure (10%), en comparaison avec un groupe de contrôle de 125 femmes « normales » qui n'ont pas eu de déchirure 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré, mais se plaignent quand même de douleurs rectales (15%), d'incontinence fécale (13%), jusqu'à l'urgence (6%) ou avec souillure (1%).

C'est donc sur 125 « *matched pairs* » que De Leeuw et collègues font de l'analyse multivariées... Or c'est le même De Leeuw qui, dans un autre article, avait écarté

les études (contredisant la sienne) portant sur 2883, 1000 ou 2606 accouchements, sous le prétexte qu'elles étaient trop limitées pour avoir une validité statistique.

L'analyse révèle que le facteur de risque de souffrir d'incontinence anale après une déchirure du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré et une épisiotomie médiolatérale serait de 0.17 pour les primipares, mais de 1.25 pour les multipares. Autrement dit, l'épisiotomie aggraverait le cas des multipares et bénéficierait aux primipares. Les chiffres sont fantaisistes, vu le faible nombre de cas, de sorte que les intervalles de confiance à 95% sont de 0.05 à 0.61 pour les primipares et 0.27 à 5.83 pour les multipares. Cela veut dire que 95% des multipares épisiotomisées avaient entre 4 fois *moins* et 6 fois *plus* de risques de souffrir d'incontinence anale après cette déchirure... Il reste que, après un effacement « magique » de la variabilité (analyse monovariante, primipares et multipares mélangées), le facteur de risque moyen serait de 0.38, soit 2.6 fois moins de chances de souffrir d'incontinence anale. On oubliera que l'intervalle de confiance est de 0.15 à 0.91.

N'importe quel relecteur sérieux aurait souligné l'absence de signification d'un tel résultat. Toutes les études antérieures avaient établi que les corrélations ne sont pas significatives, ce qui veut dire que le bénéfice de l'épisiotomie sur l'incontinence anale n'est pas prouvé. Mais, sur la base de cette seule étude erronée, le Prof. Mellier préconise de faire bénéficier 50% des femmes d'une épisiotomie « protectrice » de l'incontinence anale.

Imaginons que les résultats de De Leeuw et collègues aient une réelle valeur prédictive et que la recommandation de Mellier ait été appliquée à Rotterdam. Sur 78 femmes qui avaient souffert d'incontinence sans avoir eu d'épisiotomie, on en épisiotomise rétrospectivement 39. Sur ces 39, quinze ( $39 \times 0.38$ ) vont quand même souffrir d'incontinence, ce qui veut dire qu'on n'en a « sauvé » que  $39 - 15 = 24$ . On aurait donc sauvé 24 femmes de l'incontinence anale, sur 20 ans de pratique dans un hôpital, en « coupant » systématiquement 50% des femmes, cela en toute connaissance des conséquences de cet acte mutilatoire...<sup>4</sup>

## Conclusion

Le recours aux données probantes des études scientifiques constitue certainement une avancée importante pour (1) les professionnels de l'accompagnement de la naissance qui souhaitent étudier le bien-fondé des actes médicaux et des protocoles de surveillance, (2) les décideurs en santé publique qui sont appelés à émettre des recommandations de pratique clinique, et (3) les usagers qui ont besoin de s'informer pour exercer dans les meilleures conditions leur liberté de choix. A cet effet, l'AFAR propose un accès public à une base de données bilingue contenant à ce jour plus de 1000 références bibliographiques collectées de manière coopérative.<sup>5</sup>

L'utilisation de ces données ne peut faire l'économie d'une analyse critique des études épidémiologiques : population et traitement statistique, protocole expérimental, variables cachées, etc. Seule une lecture compréhensive et critique permet de se prémunir contre toute généralisation abusive. Nous recommandons, pour plus d'informations, la lecture de Racinet (1994).

Pour ce qui concerne la recherche, nous souhaitons que les études prospectives s'intéressent de plus en plus à la *variabilité*, autrement dit à un modèle du vivant intégrant la *plasticité adaptative* [des individus] dans leur capacité d'intégration au milieu (Amzallag 2001, p.207). C'est un changement de perspective qui mettra du temps à

---

<sup>4</sup> Voir notre discussion complète et les courriers échangés avec G. Mellier sur la page <<http://afar.info/presse/mellier/>>

<sup>5</sup> Voir <<http://afar.info/biblio-liens.htm>>



se mettre en place, car il remet en cause les principes mêmes de la surveillance médicale de l'accouchement dans le cadre « productiviste » actuel.

## Remerciements

Merci à Cécile Loup, Joëlle Terrien et Jean-Claude Verduyck pour leurs nombreuses contributions à cet exposé.

## Bibliographie

Amzallag, G.N., 2001. *La Raison malmenée. De l'origine des idées reçues en biologie moderne*. Paris : CNRS Editions.

Baskett T.F. ; Kieser K.E., 2001. *A 10-year population-based study of uterine rupture*. *Obstet Gynecol* 2001 Apr;97 (4 Suppl 1): S69. Fiche [1039] de la base de données AFAR.

Beech, Beverley, 2004. *L'épisiotomie au Royaume-Uni*. 2<sup>e</sup> Journée Petite Enfance, Paris, 16 mai. <<http://naissance.ws/docs/beverley-episio-fr.htm>>

Carrefour Naissance, 2002. *Débat sur « la responsabilité individuelle lors d'une naissance »*. (Charleroi, 14 mars) <<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/TextDebat14mars2002.htm>>

DGS-INSERM, 2001. *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001*. Direction Générale de la Santé. <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/rapport.pdf>>

von Elm, Erik. ; Egger, Matthias, 2004. *The scandal of poor epidemiological research*. Editorial. *The British Medical Journal*, 329, p.868-869. Fiche [1013] de la base de données AFAR. <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/extract/329/7471/868?ck=nck>>

Handa, V.L. ; Danielsen, B.H. ; Gilbert, W.M., 2001. *Obstetric anal sphincter lacerations*. *Obstet Gynecol*. August, 98, 2, p.225-230. Fiche [757] de la base de données AFAR.

de Leeuw, J.W. ; Struijk, P.C. ; Vierhout, M.E. ; Wallenburg, H.C.S., 2001a. *Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery*, p.383-387. *BJOG*, 108, 4. Fiche [755] de la base de données AFAR.

de Leeuw, J.W. ; Struijk, P.C. ; Vierhout, M.E. ; Wallenburg, H.C.S., 2001b. *Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, p.830-834. Fiche [758] de la base de données AFAR.

Mead, Marianne, 2001. *Decision Making by Midwives Involved in the Intrapartum Care of Women Suitable for Full Midwifery Care: Processes and Influences*. PhD, University of Hertfordshire.

O'Regan, M., 1998. *Active Management of Labour - The Irish Way of Birth*. *AIMS Journal*, 10, 2, Summer 1998, p1-8.

Pappas, Steve ; Barran, Michel, 2004. *Haekel, Ernst (1834-1919)*. Wolfram Research. <<http://scienceworld.wolfram.com/biography/Haekel.html>>

Pignarre, Philippe, 2001. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris : La Découverte & Syros.

Pignarre, Philippe, 2004. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris : La Découverte.

Pocock, S.J. ; Collier, T.J. ; Dandreo, K.J. ; de Stavola, B.L. ; Goldman, M.B. ; Kalish, L.A. ; Kasten, L.E. ; McCormack, V.A. ; 2004. *Issues in the reporting of epidemiological studies: a survey of recent practice*. *The British Medical Journal*, 329, p.883. Fiche [1016] de la base de données AFAR. <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=523109&rendertype=abstract>>

Racinet, C., 1994. *Comment décrypter une publication médicale ? Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. CNGOF. Paris, 18<sup>e</sup> Journées nationales. Fiche [1046] de la base de données AFAR. <<http://pro.gyneweb.fr/jmb/gyneweb-echo/ebm/stat/decrypt.pdf>>

Richardson, M.K. ; Hanken, J ; Gooneratne, M.L. ; Pieau, C. ; Raynaud, A. ; Selwood, L. ; Wright, G.M., 1997. *There is no highly conserved stage in the vertebrates: implications for current theories of evolution and development*. *Anatomy and Embryology* 196, 2, p.91-106.

Rockner, G. ; Fianu-Jonasson, A., 1999. *Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden*. *Br J Obstet Gynaecol*, 106, 2, p.95-101. Fiche [566] de la base de données AFAR.

Wagner, Marsden, 1996. *Active Management of Labour*. *Midwifery Today*, 37, Spring.