

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Septième partie

Audipog



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Le dialogue pour diminuer le taux de césarienne

C. DI GIUSTO *, I. BIANCHI
ASSOCIATION CÉSARINE
(Toulon)

Résumé

L'accouchement par césarienne a bénéficié d'un contexte médical et sociétal qui a ancré des pratiques et des présupposés favorables au recours à ce mode de naissance. Pourtant, l'impact physique et psychologique pour les mères et les enfants ne serait pas toujours anodin.

Les témoignages et chiffres recueillis par l'association Césarine depuis 2005 démontrent qu'il est nécessaire de rassurer les mères sur leur capacité à accoucher par voie basse mais aussi de leur donner une information objective et complète.

Un dialogue « mère-soignant » de qualité est essentiel à une compréhension mutuelle optimale.

Mots clés : césarienne, dialogue usagers-professionnels de santé

Association Césarine - c/o Carole Di Giusto - 157 avenue Edouard Latil - 83000 Toulon

* Correspondance : secretariat@cesarine.org

Déclaration publique d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt.

La réflexion autour de la diminution du taux de césarienne en France a incité l'association Césarine à se pencher sur le contexte dans lequel s'inscrit ce débat, contexte globalement favorable à la césarienne tant du point de vue des mères que des soignants, et ce au nom de la maîtrise et de la sécurité liées notamment à une meilleure qualité de l'organisation.

Pourtant, donner naissance par césarienne n'est pas sans conséquence et peut avoir un lourd impact psychologique pour les mères.

Depuis 2005, l'association Césarine a recueilli des milliers de témoignages lors des groupes de parole, et sur son forum de discussion. Elle dispose également de données chiffrées extraites des réponses au questionnaire en ligne sur son site internet [1]. Sur la base de ces témoignages et de l'analyse des réponses à son questionnaire, Césarine rappelle que le dialogue mère-soignant est plus que jamais nécessaire. Son expérience a montré que l'écoute, l'information et un accompagnement de qualité, dans un contexte obstétrical au sein duquel l'indication de césarienne n'est pas absolue, peuvent contribuer à la diminution du taux de césarienne.

I. UN CONTEXTE GÉNÉRAL FAVORABLE À LA CÉSARIENNE

Si le taux de césarienne tend aujourd'hui vers une stabilisation autour de 21 %, celui-ci a été en perpétuelle augmentation au cours des 30 dernières années. La césarienne qui était à l'origine une intervention de dernier recours est devenue une pratique maîtrisée, ancrée dans l'obstétrique actuelle et généralisée. Pour le public dont le regard est biaisé par cette généralisation, la césarienne est banalisée.

I.1. Contexte médical, économique et judiciaire

La dissolution des compétences pour certaines manœuvres obstétricales, l'amélioration de la technique opératoire et des usages profondément ancrés ont orienté les soignants à préférer la césarienne dans certains cas. Ainsi, l'étude Hannah menée au début des années 2000 conduit encore aujourd'hui de nombreux professionnels à programmer une césarienne systématique lorsque l'enfant se présente par le siège. La césarienne de principe paraît être appliquée encore dans d'autres cas où l'accouchement par voie basse semble moins aisé (grossesse gémellaire par exemple).

Ces usages sont renforcés par la crainte des litiges et le fait que, a fortiori, les condamnations se concentrent sur le non-recours à la césarienne. À l'inverse, recourir abusivement à cette pratique est rarement justiciable.

Par ailleurs, la conjoncture économique accroît la tentation de recourir à ce mode de naissance, notamment lorsqu'il est programmé. En effet, lors d'une césarienne programmée, il est ainsi possible de mobiliser les compétences des équipes de professionnels de santé et d'optimiser les moyens matériels. Que ce soit durant l'intervention ou durant la période postnatale, les revenus financiers relatifs au recours à de nombreux intervenants, à une durée d'hospitalisation plus longue et à l'utilisation de produits anesthésiques et pharmaceutiques plus importants renforcent cette tentation [2].

I.2. Contexte sociétal

Un contexte de croyances et de présupposés en faveur de la césarienne influence également les usagers comme les soignants.

- La croyance que la technique résout tous les problèmes (l'illusion du « risque zéro ») : la dimension humaine de l'expérience de la naissance disparaît peu à peu au profit d'une vision purement médicale accompagnée de sa batterie d'instruments de haute technologie.
- L'image socialement proposée de la césarienne d'une femme souriante dans une chambre (la douleur étant rarement représentée) battant en brèche l'image sociale dominante d'un accouchement par voie basse généralement représentée par une femme hurlant de douleur pendant les contractions.
- L'obsession de conserver un corps parfait malgré sa maternité : la cicatrice de césarienne universellement décrite comme une

« fine ligne blanche quasi invisible », l'idée que le périnée et le vagin conservent leur intégrité en cas d'accouchement par voie haute [3].

- Une société qui s'accélère, dans laquelle tout doit se planifier, s'organiser, se rationaliser, se reconnaissant de plus en plus dans un mode d'accouchement qui va à l'encontre de l'attente, de l'inconnu et de l'impromptu de la naissance par voie basse.

Pourtant loin de ces présupposés, la réalité d'une naissance par césarienne est tout autre.

II. LA CÉSARIENNE : UN ACCOUCHEMENT QUI N'EST PAS ANODIN

La césarienne est aujourd'hui un mode de naissance répandu puisqu'elle représente en France environ 21 % des naissances [4]. Accoucher de cette manière n'est pas sans effet. Cette intervention n'a pas uniquement pour conséquence la naissance d'un enfant. En tant qu'opération chirurgicale majeure, elle comporte des risques. Elle a également une influence sur l'avenir obstétrical de la femme, sur ses futures grossesses et accouchements, et peut avoir un impact fort, source de mauvais vécu et de dégâts psychologiques.

II.1. Conséquences physiques

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) reconnaît qu'en termes de morbidité et mortalité materno-fœtales, la césarienne est plus risquée qu'un accouchement par voie basse [5]. Outre ces risques opératoires, les conséquences médicales d'une césarienne sont celles d'un geste chirurgical majeur.

Pour les grossesses suivantes, les femmes césarisées présentent un risque accru de placenta praevia/accreta, d'adhérences chirurgicales, de baisse de la fertilité.

Par ailleurs, le terme même de « naissance par césarienne » fait oublier qu'il s'agit d'un acte chirurgical et donc occulte la façon d'envisager ses suites. On considère que la mère doit répondre dès les premiers jours aux demandes de son bébé, ce qui implique des activités généralement interdites aux opérées.

Concernant l'enfant, les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé se produisant durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important, d'une part sur sa maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale, et d'autre part sur le développement de ses réflexes primaires, y compris le réflexe de succion. Cela explique que les bébés nés par césarienne sont plus souvent en état de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les enfants nés par voie basse, et nécessitent plus souvent des gestes de réanimation.

II.2. Conséquences psychologiques

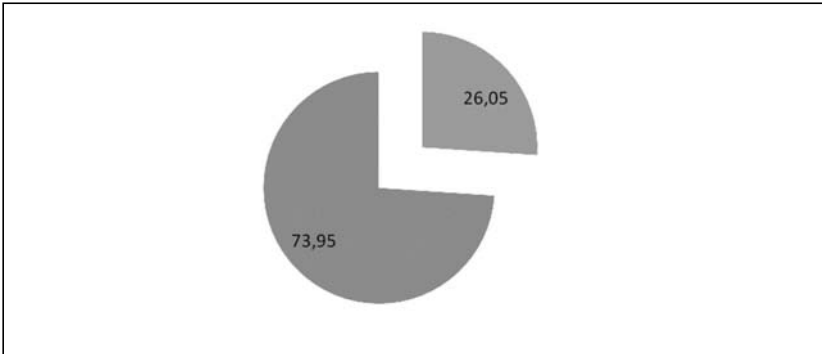
Outre les risques inhérents à tout acte chirurgical, la césarienne peut avoir des conséquences psychologiques parfois lourdes pour la femme.

Faire face à une telle naissance demande un ajustement physiologique et psychologique très important, source de stress. De nombreuses mères ayant donné naissance par césarienne se sentent traumatisées psychologiquement. La césarienne a brisé leurs espoirs d'accouchement « normal », elles se sentent parfois incompetentes car elles n'ont « pas été capables d'accoucher » et ne se sont pas « accomplies en tant que mères » puisqu'elles n'ont pas véritablement participé à la naissance de leur enfant. Dans l'imaginaire collectif et social, la représentation de l'accouchement reste souvent très liée à la naissance « par voie basse ». La naissance par césarienne représente souvent une fracture entre l'idéal de l'accouchement et la réalité car pour beaucoup de femmes césarisées, cette intervention est vécue comme la démission d'un corps qui n'a pas assuré ses fonctions.

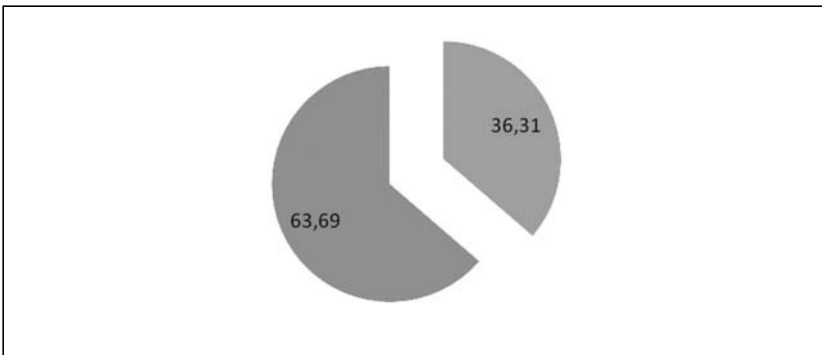
Après la césarienne, ce sentiment de trahison est d'autant plus fort que les mères sont rarement en condition physique d'assumer et assurer les soins au nouveau-né les premiers jours. En outre, cette trahison du corps est symbolisée par une cicatrice sur le bas du ventre, cicatrice que chaque jour elle voit, elle touche, ou au contraire elle esquive au mieux. Pour certaines, cette cicatrice est synonyme de mutilation. L'impuissance totale ressentie au moment de la naissance ou le fait d'avoir été parfois attachée les bras en croix sur la table d'opération peuvent être très mal vécus. Cette constatation de passivité (on subit une chirurgie) peut être ressentie comme l'aveu d'une faute par une victime « consentante ».

La douleur psychique peut aussi avoir pour origine le non-respect de la triade père-mère-enfant. En effet, d'après le questionnaire en ligne sur le site internet de l'association Césarine : au 28 juillet 2014, sur 10 845 accouchements recensés, seulement 26,05 % des pères étaient présents au bloc opératoire, toutes naissances par césarienne confondues, et 36,31 % en cas de césarienne programmée, alors que 71,09 % des parents souhaitaient cette présence (Graphiques 1 et 2). À noter que ce taux varie sensiblement d'une maternité à une autre, signe qu'il s'agit davantage de protocoles et pratiques, que d'empêchements ou d'impossibilités. Par ailleurs, alors même que plusieurs études et ouvrages sur la périnatalité ont montré que l'heure qui suit la naissance est un temps particulièrement important pour tisser le lien mère-enfant et que ce lien est favorisé par le contact physique, 27,3 % des mères

Graphique 1 - Présence des pères au bloc, toutes césariennes confondues : 26,05 %

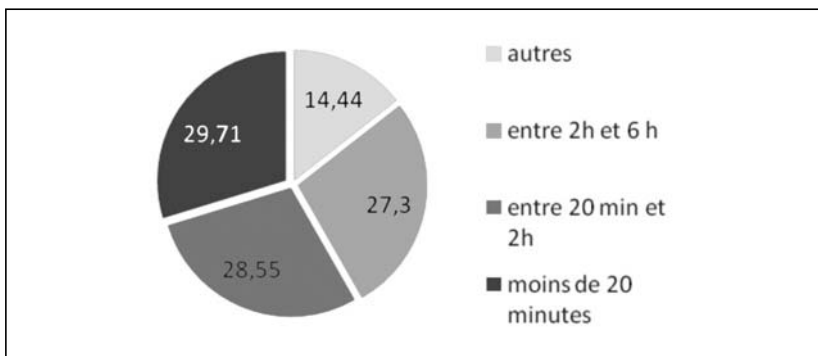


Graphique 2 - Présence des pères en cas de césarienne programmée : 36,31 %



ont été séparées de leur enfant entre deux et six heures, et 28,55 % entre vingt minutes et deux heures. Seules 29,71 % des mères ont été séparées de leur enfant moins de 20 minutes (Graphique 3).

Graphique 3 - Temps de séparation mère-enfant après une césarienne



Parfois, la souffrance est telle que certaines femmes ayant donné naissance par césarienne ne peuvent pas ou n'osent pas parler à leur entourage de la naissance de leur enfant, si loin de ce qu'elles avaient imaginé. Dans la société actuelle, la maternité doit être un grand bonheur et les mères qui souffrent ne sont pas entendues.

L'accouchement qui s'est déroulé différemment de ce que les parents avaient imaginé ou prévu, le sentiment de dévalorisation, la douleur physique, la fatigue, les troubles du sommeil, la séparation même courte avec l'enfant, les difficultés d'allaitement sont des facteurs favorisant la dépression post-partum.

Certaines femmes vont parfois même souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique suite à leur accouchement. Différentes raisons peuvent expliquer ce syndrome : les mères ont ressenti un sentiment d'incapacité à se protéger et à contrôler l'accès des autres à leur corps, le personnel n'était pas assez attentif (manque d'information pour la mère, manque de temps pour les soignants), les routines obstétricales ont eu un caractère intrusif ressenti comme une agression, la douleur a été nettement plus intense que prévue, le fait d'avoir subi une césarienne en urgence, etc. Les mères ont pu aussi avoir peur pour leur vie ou celle de leur bébé.

III. L'ÉCOUTE, L'INFORMATION ET L'ACCOMPAGNEMENT AU CŒUR DES PRATIQUES

Ces conséquences inhérentes à la naissance par césarienne invitent à limiter l'emploi de cette technique aux seules indications obstétricales absolues. Pour cela, l'association Césarine propose de mettre en place un dialogue « mère-soignant » respectueux en écoutant, informant et accompagnant les usagers.

III.1. L'écoute : l'exemple de la césarienne « sur demande maternelle »

Un contexte social favorable à la césarienne accentue la peur de l'accouchement par voie basse. En parallèle, une abondance de publications, y compris dans les recommandations professionnelles, renforce la perception que la césarienne « sur demande maternelle » est une des causes de l'augmentation des taux alors qu'il n'existe pas de chiffres sur la question.

Il arrive qu'une césarienne soit souhaitée par la mère sans indication médicale évidente, dans un contexte de méconnaissance de ces conséquences. Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- faciliter l'organisation familiale (garde des aînés, présence du conjoint). La femme peut choisir d'accoucher à la date qu'elle désire et programmer sa césarienne avec le gynécologue-obstétricien qui la suit ;
- l'angoisse d'accoucher par voie basse peut inciter les femmes à demander une césarienne, les femmes pensent moins souffrir que lors d'un accouchement par voie basse et/ou que leur bébé souffrira moins que lors d'une voie basse difficile ;
- une femme ayant vécu un traumatisme sexuel peut refuser d'accoucher par voie basse.

Il est important que les soignants puissent reconnaître la raison cachée derrière cette demande, car la réponse à apporter peut être différente et est à discuter au cas par cas. Depuis 2005, dans les nombreux échanges avec des mères venant interroger l'association Césarine sur l'opportunité de recourir à une césarienne pour la naissance de leur enfant, et ce en dehors de toute indication médicale, Césarine a constaté qu'un dialogue entre la mère et les soignants a

majoritairement abouti à ce que la mère envisage sereinement un accouchement par voie basse.

Dans d'autres cas, un contexte médical plus compliqué (bébé un peu plus « gros » que la norme, bébé en siège, bassin limite mais non chirurgical...) invitera la mère à exprimer une demande d'accouchement par césarienne. Cette demande d'accouchement par césarienne semble choisie par les futurs parents, mais à l'issue d'un processus de décision pouvant être influencé par le discours du soignant. Dès lors, une vigilance particulière doit être apportée à la qualité de l'information donnée, mais aussi à l'écoute du soignant afin que les éventuelles réticences exprimées soient discutées objectivement.

III.2. Une information favorisant l'empowerment

L'impartialité et la qualité de l'information donnée par les soignants permettent aux femmes de faire des choix éclairés : déroulement d'une naissance par césarienne ainsi que les aménagements possibles, douleurs importantes et mobilité réduite durant les premiers jours de la période postnatale (suites de couches), mise en place peut-être plus difficile de l'allaitement, conséquences induites par la césarienne à court, moyen et long termes.

Il est essentiel que le médecin prenne le temps d'expliquer les différentes « options », de poser leurs risques mais aussi leurs bénéfices.

Cependant, il existe des limites à la prise de décision commune :

- la relation patient-soignant est une relation dans laquelle le patient fait confiance a priori à l'expérience, à la connaissance, à l'opinion du soignant, et la tentation de suivre l'avis de l'expert est forte. Il peut arriver que de simples propos tenus par les professionnels trouvent un écho particulier chez une femme anxieuse, ce qui peut l'amener à exprimer une demande de césarienne basée sur une information partielle, car elle aura surtout retenu les risques potentiels d'un accouchement par voie basse, sans mesurer toutes les options. Le risque absolu d'un événement est lié à la perception que se fait chaque individu de la gravité de cet événement. Une femme prendra sa décision en pensant avant tout à son bébé. L'influence du soignant ne se résume pas à la sélection des informations fournies : la manière de présenter les informations et les attitudes non verbales peuvent influencer fortement la femme dans son choix ;

- le peu de temps dédié aux femmes pour la réflexion : le choix du mode d'accouchement est la plupart du temps posé lors de la dernière consultation (38 SA) et la nécessité de prévoir une date d'intervention souvent à 39 SA ne laissent que quelques jours pour se positionner ;
- une méconnaissance des femmes de leur droit de refuser une césarienne programmée ou de leur droit de demander un autre avis médical ;
- le poids de la famille (influence des ascendants, du conjoint) dont les avis sont fortement influencés par les craintes et les idées reçues (histoires personnelles de voie basse difficile, image de la césarienne comme un accouchement maîtrisé et sans conséquence).

Le manque d'information et de préparation, l'attitude parfois paternaliste des professionnels conduisent parfois la femme à se sentir infantilisée et passive, ce qui peut être la source de mauvais vécu et de contentieux avec les soignants.

III.3. La relation patient-soignant au centre de l'accompagnement

La qualité de la relation patient-soignant, l'écoute, l'encouragement favorisent la confiance des patientes en leur capacité à accoucher par voie basse :

- prendre le temps et donner les moyens humains pour rassurer les femmes : écoute lors des consultations, espaces privilégiés de dialogue avec les soignants, etc. ;
- préparer les femmes à l'accouchement sans craindre de répondre aux questions qui peuvent « faire peur » ;
- accompagner les femmes au moment de l'accouchement (changements de postures en phase de travail, accompagnement de la douleur, etc.), offrir davantage de place à l'accompagnement humain par une plus grande présence d'une sage-femme ou en favorisant le choix d'un accompagnant ;
- être à l'écoute des mères durant la période postnatale et permettre aux femmes de se réapproprier leurs choix/décisions.

Le soignant qui suit la femme durant sa grossesse est le mieux placé pour l'aider :

- à chaque étape, il donne du sens aux choix possibles ;

- il permet une prise de décision objective dans l'intérêt de chaque partie : la confiance mutuelle est un élément clé de la relation soignant-patient ;
- il donne aux femmes un vrai temps de réflexion ;
- il invite les femmes à prendre un second avis.

Peut-on faire baisser le taux de césarienne en France ? L'association Césarine veut y croire !

Certains pays européens [6] ont des taux de mortalité maternelle et néonatale bas tout en ayant un taux de césarienne maîtrisé. Ainsi, la Finlande et l'Islande (taux de césarienne respectivement de 16,10 % et de 15,80 %) ont des taux de mortalité maternelle estimés autour de 5 pour 100 000 naissances. Celui de la Suède (taux de césarienne estimé à 16,80 %) est situé autour de 4 pour 100 000 naissances. En outre, la Finlande, l'Islande et la Suède présentent des taux de mortalité néonatale respectivement de 1,5 pour 1 000 naissances, de 1,2 pour 1 000 naissances et de 1,6 pour 1 000 naissances. Rejoindre ces taux sera possible en favorisant le dialogue et en replaçant la femme au centre du processus.

Bibliographie

[1] Questionnaire « Vos Césariennes », proposé sur le site internet de l'association Césarine <http://www.cesarine.org/quest/>.

[2] Fédération hospitalière de France. Études sur les césariennes. Paris: FHF 2008.

[3] Heimann S. La césarienne sur demande maternelle : quelle est la vraie demande de la mère ? La Revue de médecine périnatale 2010 mar;2(1):8-11.

[4] Blondel B, Kermarrec M. Les naissances

en 2010 et leur évolution en 2003. INSERM-U953 Mai 2010.

[5] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Elsevier Masson 2012 dec;41(8):824-830.

[6] Organisation de coopération et de développement économiques. Base de données de l'OCDE sur la santé. Paris: OCDE 2013.