

Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France

PAR ANNE-CHARLOTTE PANTELIAS, SAGE-FEMME*, MATERNITÉ DE PORT ROYAL, PARIS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION > En France, le taux de césarienne a doublé en 20 ans et s'est stabilisé depuis 2003 autour de 21 %. L'objectif de cette étude est de comprendre les facteurs non médicaux déterminant le taux de césarienne en France en explorant les thèmes suivants : Comment les femmes se représentent et vivent la césarienne ? Dans quelle mesure ces représentations et vécus influencent la survenue d'une césarienne ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES > 30 entretiens qualitatifs semi-directifs ont été menés, auprès de 10 patientes en fin de grossesse et 20 patientes ayant accouché par césarienne. Ces entretiens ont été analysés par thématique après avoir été retranscrits.

RÉSULTATS > La césarienne est perçue par les femmes comme une solution de dernier recours. Le niveau de confiance vis-à-vis du corps médical est tel que les patientes adhèrent à la recommandation du médecin qui a la compétence pour choisir la voie d'accouchement. La demande d'une césarienne à l'initiative des femmes est marginale et complexe à formuler. C'est une stratégie pour contourner la douleur et l'imprévu et masque une peur de l'accouchement par voie basse, levée la plupart du temps après un échange avec le soignant. Ne pas accéder à cette demande peut être délétère pour la mère.

La césarienne est majoritairement mal vécue par les femmes, elle est source de stress, de culpabilité, et rend l'établissement du lien avec leur enfant plus complexe. Elle est vécue avec plus de sérénité quand elles y ont été préparées ou que la césarienne était désirée. Les facteurs qui influencent le vécu de la césarienne sont : la préparation à la naissance, la représentation de la césarienne et l'attitude bienveillante de l'équipe médicale.

CONCLUSION > En France, les femmes préfèrent accoucher par voie basse qui reste « la norme ». Le corps médical bénéficie d'un véritable « capital confiance » de la part des patientes. L'attitude des soignants, en France, fait donc office de rempart face à une demande émergente de césarienne. L'interaction soignant/soignée est capitale pour comprendre le taux de césarienne en France.

MOTS-CLÉS > Césarienne, Vécu, Déterminants, France, Santé maternelle.

INTRODUCTION

En 2011, 31,2 % des naissances ont été réalisées par césarienne, dans 21 pays (*versus* 26,4 % en 2004), cette proportion masquait de fortes variations entre pays. Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile (OMS, 2015).

En 2015, l'OMS a réalisé une revue systématique des études disponibles visant à déterminer le taux de césarienne idéal dans une population, et une analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. L'OMS est parvenue aux conclusions suivantes : *la césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale.*

Au niveau de la population, les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale. Les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin. L'OMS affirme donc qu'il n'existe aucun bénéfice pour la société à réaliser cette opération dans plus de 10 % des accouchements en raison des risques intrinsèques et des coûts associés à cette chirurgie.

la césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale.

En France, le taux de césarienne a doublé en vingt ans et depuis 2003 il s'est stabilisé autour de 21 %. L'objectif de cette étude est de comprendre cette spécificité française en explorant les thèmes suivants : la perception et le vécu de cette voie d'accouchement, ainsi que l'existence ou non d'une demande de césarienne de la part des femmes.

* Mémoire de fin d'études, École de Sages-Femmes Foch, Suresnes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

26 entretiens qualitatifs semi-directifs d'une durée moyenne de 25 minutes ont été menés à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, auprès de sept patientes en fin de grossesse et 19 patientes ayant accouché par césarienne. Ces entretiens ont été analysés par thématique après avoir été retranscrits.

Le recueil des données s'est déroulé du 7 juin 2017 au 29 septembre 2017. Au total, 30 entretiens ont été réalisés. Nous avons pris la décision d'exclure a posteriori de notre échantillon 4 entretiens.

Cette étude de terrain a été réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), un hôpital privé à but non lucratif, situé dans le 14^e arrondissement de Paris. Il s'agit d'une maternité de niveau 1 ayant réalisé 2 087 accouchements en 2017. L'IMM semble être un établissement en ligne avec ce qu'il se passe au niveau national, soucieux de limiter des interventions non justifiées.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

La césarienne a une mauvaise image auprès des Françaises. Le fait de peu en parler induit une notion d'accouchement « hors norme ». De plus, la plupart des femmes ayant un vécu difficile de la césarienne, alimentent cette mauvaise image négative. Par conséquent, il existe peu de demandes en France et les femmes partent du principe que les médecins privilégient toujours la voie basse, ainsi, si la césarienne s'impose c'est qu'il n'y a pas le choix.

Cependant, dans certains cas, la crainte d'un accouchement par voie basse est telle que la césarienne est alors perçue comme une solution intéressante. Pour autant, non seulement les femmes n'osent pas toujours exprimer cette demande au corps médical et quand elle est exprimée, cela se fait toujours avec beaucoup de gêne. Si la crainte est relativement faible, le positionnement du médecin semble suffire à mettre de côté cette demande de césarienne et la patiente parvient à se projeter sur la voie basse. Mais dans certains cas où la peur est très encrée, seule la réponse favorable à cette demande semble apaiser la patiente. Dans ce cas spécifique, les femmes vivent généralement très positivement la césarienne.

Si l'on confronte ces résultats à la littérature, nous pouvons donc conclure que notre étude conforte l'étude de Coulm et al. (2014-b) qui explique que les césariennes à la demande de la mère étaient rares en France. En revanche, notre étude ne va pas dans le sens de la revue de la littérature publiée en 2014 par Brugeilles (2014) dans laquelle elle constate que dans le monde, les femmes seraient de plus en plus nombreuses à demander « une césarienne de convenance », notamment pour des raisons de préservation physiologique et des raisons pratiques. Cependant, nous constatons comme elle que lorsqu'une demande existe, c'est la peur de l'accouchement qui serait au cœur de la demande. Dans une autre revue de la littérature publiée en 2007 par Gamble, l'auteure constate que la demande de la mère n'est pas un facteur important qui influence les taux de césarienne. Il existe un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins.

Il existe certes un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins mais ce déséquilibre semble être accepté par les femmes qui ne se considèrent pas compétentes pour choisir la voie d'accouchement.

Aujourd'hui les recherches sur la prise de décision d'une césarienne ne tiennent pas compte des interactions entre les femmes et les praticiens. Notre étude s'est intéressée aux interactions entre les femmes et les praticiens. Il existe certes un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins mais ce déséquilibre semble être accepté par les femmes qui ne se considèrent pas compétentes pour choisir la voie d'accouchement. En revanche, elles sont en demande d'être plus averties de cette possibilité d'accouchement par césarienne.

D'après Habiba (2006), les obstétriciens français semblent être moins disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle que leurs homologues dans d'autres pays européens. L'attitude paternaliste des obstétriciens français laisserait moins de place à une décision partagée et basée sur une information détaillée concernant les risques et bénéfices de la césarienne sur demande. Notre étude confirme cette analyse. En effet, les obstétriciens français semblent être peu disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle. L'attitude paternaliste du corps médical français s'exprime assez nettement lorsqu'une patiente est en demande de césarienne et qu'elle refuse la voie basse.

Notre étude a fait également émerger les différents facteurs qui contribuent au mauvais vécu de la césarienne et ceux qui, au contraire, permettent de relativiser les aspects potentiellement traumatisants de cet accouchement souvent non anticipé. Il semblerait que des actes assez faciles à mettre en place permettent un meilleur vécu de la césarienne.

Mais en améliorant le vécu de la césarienne, ne pourrait-on pas craindre une meilleure perception collective de la césarienne qui favoriserait l'émergence d'une demande de la part des femmes ?

Si les femmes soulignent l'importance de la bienveillance de l'équipe, de la présence du père, aucune ne dit qu'elle souhaiterait réitérer l'expérience pour autant. On n'aurait donc rien à craindre à améliorer notre prise en charge sinon à remplir pleinement notre rôle d'acteur de la périnatalité en accompagnant les femmes dans les meilleures conditions possibles qu'il soit dans ce moment pivot de leur vie.

CONCLUSION

En France, les femmes préfèrent majoritairement accoucher par voie basse qui reste pour elles « la norme ». De multiples facteurs alimentent cette représentation péjorative de la césarienne : le manque d'information lors du suivi de grossesse conforte l'idée que la norme est la voie basse, les médias, les expériences avec le corps médical, l'entourage, notamment le retour d'expérience des femmes ayant vécu la césarienne.

Elles accordent au corps médical une véritable confiance fondée sur la compétence et partent du principe que le

corps médical adopte une attitude de contrôle des taux de césarienne. La césarienne est majoritairement mal vécue par les femmes, elle est source de stress et de dévalorisation, et rend l'établissement du lien avec leur enfant plus complexe ; Mais l'attitude bienveillante de l'équipe médicale ainsi que la présence du père pendant l'intervention contribuent fortement à nuancer ce vécu négatif.

La demande de césarienne de la part des femmes est marginale. Quand elle existe, elle est exprimée avec beaucoup de gêne et est difficilement assumée par les femmes qui craignent d'être jugées et que le suivi de leur grossesse en pâtisse. Le plus souvent, cette demande est une stratégie pour contourner la peur de la voie basse mais également liée à une méconnaissance de la physiologie de l'accouchement par voie basse qui leur semble alors impossible physiquement. Cette peur de la voie basse ne semble pas être une fatalité, un échange avec le soignant peut lever cette peur dans certains cas. Quand elle a été désirée, la césarienne est généralement vécue positivement.

La demande de césarienne de la part des femmes est marginale. Quand elle existe, elle est exprimée avec beaucoup de gêne et est difficilement assumée par les femmes qui craignent d'être jugées et que le suivi de leur grossesse en pâtisse.

Il existe donc un lien entre la représentation de la césarienne et son vécu. Cette recherche souligne également l'importance de l'attitude du corps médical, du dialogue et de la bienveillance qui, non seulement permettent une certaine maîtrise des demandes de césarienne si le corps médical a une attitude de contrôle des césariennes, mais contribuent aussi à mieux vivre cette naissance a priori « hors norme ». L'interaction soignant/soigné est donc un déterminant capital pour comprendre le taux de césariennes. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Beaud S, Weber F, 2012. *Guide de l'enquête terrain*. Paris : La découverte, 336 p.
2. Bianchi I., 2015. *La césarienne : plaider pour un accompagnement*. Laennec, 4 (Tome 63), p. 47-55.
3. Blondel B, Kermarrec M, 2011. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2010. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*.
4. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P., 2017. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*.
5. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al., 2012. *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training : A randomized controlled trial*. Patient Educ Couns ; 87 (3) : 300 - 6.
6. Brugeilles C., 2014. *L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?* Revue-autrepart, 143-164.
7. Cesarine - www.cesarine.org - consulté en septembre 2016. *Deux fois plus de césariennes en 20 ans, que s'est-il passé ? Quelles conséquences ?*
8. Cortet A, 2010. *État des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de novembre 2005*. Paris Descartes, 98 p.
9. Coulm B., Le Ray C., et al. 2012. *Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France : do maternity unit characteristics make a difference ?* Birth 39 (3) : 183-191.
10. Coulm B. et Blondel B., 2014-a. *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Drees n° 897.
11. Coulm B., Blondel B., Alexander S., Boulvain M., Le Ray C., 2014-b. *Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database*. Acta Obstet Gynecol Scand, 93 (9)
12. Delotte J, Mialon O, d'Angello L, Toullalan O, Bongain A, 2007. *Une brève histoire de la césarienne*. La Lettre du Gynécologue, n° 321, avril 2007, p : 15-18.
13. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Site emc-consult, avril 2016.
14. Gamble J, Creedy D., McCourt C., Weaver J. et Beake S.A, 2007. *Critique of the literature on women's request for cesarean section*. Birth, 34 (4) : 331-40
15. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Libroero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M, 2006. *Caesarean section on request : a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries*.
16. Harrison, Margo S., Robert L. Goldenberg, 2016. *Cesarean Section in Sub-Saharan Africa*. Maternal Health, Neonatology and Perinatology 2 (1).
17. Houtzager HL., 1982. *Cesarean section until the end of the 16th century*. Europ J Rep Biol ; 13 : 57-8.
18. Kirstie McKenzie-McHarg SA, Ford E., Antje Horsch, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P, 2015. *Posttraumatic stress disorder following childbirth : an update of current issues and recommendations for future research*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33 : 3 : 219-237.
19. Le Ray C., 2017. *Stagnation du taux de césarienne en France : analyse à partir de la classification de Robson*. Colloque CESARIA, MSH PN le 15 décembre 2017.
20. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM., 2011. *Women's preference for caesarean section : a systematic review and meta-analysis of observational studies*. BJOG, 118 (4) : 391-9. doi : 10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x.
21. Odent M, 2005. *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Paris : Le Souffle d'or, 183 p.
22. Olivier de Sardan JP, 2008. *La rigueur du qualitatif*. Academia eds, 368 p.
23. Organisation Mondiale de la Santé, 2015. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/161443>.
24. Robson, M.S., 2001. *Can We Reduce the Cesarean Section Rate ?* Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 15 (1) : 179-94. doi : 10.1053/beog.2000.0156.
25. Rozenberg P, 2004. *L'élévation du taux de césariennes : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 279-289.
26. Schantz C, de Loenzien M, Goyet S, Ravit M, Dancoisne A, Dumont A, 2017. *Revue de littérature. Rendre visible la demande de césarienne*. Colloque CESARIA, MSH PN, le 15 décembre 2017.
27. Schantz C, Ravit M, Bakary Traoré A, Moufalilou Aboubakar, Goyet S, de Loenzien M, Dumont A, 2018. *Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin ?* Sexual & Reproductive Healthcare 16 (juin) : 1014. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.001>.
28. Vadeboncoeur H, 2012. *Une autre césarienne ou un AVAC ?* Fides. 2012. 373 p.
29. Vogel JP et al., 2015. *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries : a secondary analysis of two WHO multicountry surveys*. Lancet Glob Health 2015.