

Deux fois plus de césariennes en 20 ans !

Que s'est-il passé ? Quelles conséquences ?

Depuis 1980, le taux de césariennes pratiquées en France a quasiment doublé. Retour sur une pratique en constante augmentation malgré des conséquences physiques et psychologiques trop souvent négligées.



La césarienne, état des lieux en France aujourd'hui

De 1981 à 2003 – Taux de césariennes en France		
Année	taux global	taux primipares*
1981	10,9 %	-
1991	14 %	-
1995	15,9 %	18 %
2001	18%	-
2003	20%	23,5 %

Sources :

- 1) Pour 1981 et 1995 : La naissance en France en 1995, Enquête nationale périnatale (<http://www.gyneweb.fr/sources/gdpublic/enquete.html>)

- 2) Pour les autres années : La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 - Etudes et résultats n° 275 – déc 2003, DREES, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er275.pdf>)

Une naissance sur 5, presque une naissance sur 4 pour les primipares, se fera par césarienne.

Quelques autres informations, tirées de *La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001*¹, étude de la DREES basée sur un recensement exhaustif des accouchements réalisés en France :

- La répartition entre les césariennes programmées et faites en urgence est d'environ moitié-moitié ;
- Une femme ne présentant aucun facteur de risque identifié pour un accouchement par voie basse, et qui se présente à terme pour un accouchement spontané, a néanmoins 7% de chances de subir une césarienne en cours de travail ;
- A propos de l'antécédent de césarienne : Parmi les femmes ayant accouché en 2001 pour lesquelles un antécédent de césarienne(s) était signalé [...] 68,6% ont ainsi connu à nouveau [une césarienne].

La césarienne dans le monde

D'un pays à l'autre, les taux de césarienne varient considérablement. Citons simplement :

Des pays à faible taux :

Pays-Bas : 11,7% en 2000, dont 4,6% de césariennes programmées seulement, et 7% de césariennes en cours de travail²

Suède : 15,4% en 2000³

Des pays à fort taux :

Chili : 40% en 1997⁴

Brésil : 36% en 1996⁵ Ce chiffre est principalement dû aux taux de césariennes de convenance dans les cliniques privées, parfois proche de 80% - ce chiffre a très probablement encore augmenté à ce jour.

Taiwan: 33% in 2000⁶

Pourquoi une telle augmentation ?

¹ Source : La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 - Etudes et résultats n° 275 – déc 2003, DREES, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er275.pdf>)

² Source : ICAN (International Cesarean Awareness Network (<http://www.ican-online.org>)

³ Source : ICAN (International Cesarean Awareness Network (<http://www.ican-online.org>)

⁴ Source : Pubmed (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>)

⁵ Source : Pan American Health Org (<http://www.paho.org/>)

⁶ Source : The American College of Obstetricians and Gynecologists (<http://www.greenjournal.org/cgi/content/full/103/1/128>)

Pour comprendre cette hausse du nombre de césariennes, il est intéressant de revenir sur les raisons pour lesquelles on pratique cette intervention. Le choix de pratiquer une césarienne est principalement lié à deux éléments : les caractéristiques de la mère et/ou l'existence d'un danger pour l'enfant.

Si l'on reprend la lecture de l'étude de la DREES précédemment citée, l'augmentation des taux de césariennes est à la fois liée :

- à l'augmentation des grossesses chez les femmes de plus de 30 ans : *"Les taux de césariennes croissent directement avec l'âge : plus faibles pour les moins de vingt ans (12,3 % observés), ils atteignent 27,6 % pour les femmes de plus de quarante ans"*.
- et à une pratique plus fréquente de la césarienne chez celles qui présentent un ou plusieurs facteurs de risques⁷. En particulier, la seule présence d'une dystocie, d'un antécédent de césarienne ou d'une présentation particulière du fœtus (par exemple un bébé en siège) accroissent respectivement la probabilité de subir une césarienne jusqu'à 74, 52 et 51 %.

D'autres pathologies moins fréquentes, mais souvent considérées comme des indicateurs de risque, s'accompagnent, elles aussi, de taux de césariennes particulièrement importants. C'est le cas des grossesses multiples, de l'hypertension sévère ou du diabète gestationnel. Il en est de même pour les accouchements prématurés qui aboutissent à des césariennes dans plus d'un tiers des cas.

On constate également une forte variabilité du taux de césariennes entre les établissements. Toujours d'après la DREES, *« La fréquence des césariennes est très différente d'un établissement à l'autre, avec des variations allant en 2001 de 3 % à plus de 53 % des accouchements »*.

Le taux de césarienne dépend de la nature de l'établissement : les établissements privés sous Objectif National Quantifié (ONQ) pratiquent proportionnellement un peu plus de césariennes que les établissements privés sous Dotation Globale (DG) (respectivement 19 % et 18 %), qui en réalisent eux-mêmes davantage que les établissements publics (17,5 %).

Il dépend également du niveau des maternités, donc de leurs moyens de prise en charge des grossesses à risque. Pour ces diagnostics, révélateurs d'un risque, le niveau d'autorisation des maternités joue donc un rôle spécifique, avec une propension à pratiquer les césariennes inférieure dans les maternités de niveau 3 par rapport à celles de niveau 2. Ceci révèle sans doute l'existence de certaines pratiques de "précaution" dans les établissements moins bien équipés en matériel et en personnel. En effet, si les établissements de niveau 3 réalisent en moyenne plus de césariennes car ils sont amenés à traiter plus de situations à risque (19,5% pour les niveaux 3 en 2001 contre environ 18% pour les niveaux 1 et 2), on constate qu'*« en présence d'au moins un des facteurs de risque [antécédent de césarienne, détresse foetale, présentation anormale du fœtus, dystocie due à une anomalie pelvienne, accouchement avant terme, diabète gestationnel, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, hypertension artérielle et transfert pour accouchement], des écarts sensibles entre les taux de césariennes pratiquées dans les différents niveaux de maternités (10 points de plus en niveau 1 par rapport au niveau 3) [...] Une explication proposée est que lorsqu'il existe un ou plusieurs risques, il est ainsi possible que les maternités ne disposant pas en permanence de toutes les ressources humaines et techniques nécessaires pour faire face à l'urgence pratiquent des césariennes dites "de sécurité" »*.

On peut également identifier d'autres raisons moins officielles mais qui ont contribué à augmenter les taux de césariennes de façon alarmante :

⁷ Source : La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 - Etudes et résultats n° 275 – déc 2003, DREES, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er275.pdf>)

- Certains actes dont la pratique en France s'est généralisée depuis les années 1980 peuvent avoir des conséquences telles que la césarienne devient indispensable : déclenchement, péridurale, décubitus dorsal*, rupture artificielle de la poche des eaux, etc. ;
- On ne donne plus aux femmes le "temps" d'accoucher. Dans les années 50 et jusqu'au début des années 1980, on considérait comme normal qu'il s'écoule 24 heures entre les premières contractions et la naissance du bébé. Aujourd'hui bien souvent, on parle d'accouchement de 6 ou 8 heures et on s'inquiète si la durée d'accouchement dépasse 12 heures, tout en imposant souvent l'immobilité en position allongée, ce qui risque de ralentir le processus de la naissance⁸. De nos jours, ce sont les protocoles hospitaliers qui déterminent les délais "raisonnables" d'un accouchement : si les équipes médicales estiment que l'accouchement dure trop longtemps, elles interviennent dans le processus de la naissance en tentant d'accélérer les choses ; alors qu'il suffirait parfois de changer la patiente de position, de préserver son intimité (lumière, environnement sonore, nombre de personnes intervenant) et de lui apporter un véritable soutien par une présence continue pour débloquer la situation ;
- La protection médico-légale est également un facteur de hausse des taux de césarienne : si un accouchement se termine en césarienne, le gynécologue-obstétricien ne pourra pas être accusé de "n'avoir pas tout tenté" pour sauver la mère et son enfant. La césarienne est donc parfois considérée comme une couverture en cas de poursuites éventuelles à l'encontre du médecin ;
- Un dernier argument peut également être avancé : le coût, ou plus exactement le fait que la césarienne joue dans l'économie de la santé un rôle important. Loin de nous l'intention d'accuser maternités et médecins de pousser à la consommation d'actes chirurgicaux. Il faut cependant reconnaître, sans vouloir diaboliser quiconque, qu'une césarienne est un acte qui est mieux coté et rémunéré qu'un accouchement eutocique*. Une césarienne nécessite également l'intervention -et la rémunération- de toute une équipe de professionnels de santé durant l'intervention et en post-natal, ainsi que l'usage de quantités plus importantes d'anesthésiques, de produits pharmaceutiques et de médicaments que pour une naissance normale et enfin qu'elle induit également plusieurs journées d'hospitalisation pour la mère et son bébé. Tout cela représente des sommes non négligeables au bénéfice des équipes médicales, de l'industrie pharmaceutique et des établissements hospitaliers (et également un coût certain au détriment de l'assurance maladie, mais c'est là un autre débat) et permet d'en conclure que la césarienne se révèle être un véritable pan de l'économie de la santé en France puisqu'elle représente 20 % des 750 000 naissances annuelles.

⁸ Source : Le fermier et l'accoucheur : l'industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement / Michel Odent. - Paris : Éd. Médecis, DL 2004. - ISBN 2-85327-224-9 (br.)

L'inflation des césariennes a-t-elle réellement permis de réduire le taux de mortalité materno-fœtale ces 20 dernières années ?

L'argument habituellement soulevé pour justifier cette hausse alarmante du taux de césariennes en 20 ans est qu'elles ont permis de réduire considérablement le taux de mortalité materno-fœtale.

Est-ce bien vrai ?

Si l'on considère les chiffres de 1980 et 2000, on constate respectivement :

Quelques chiffres significatifs		
	1980	2000
Taux de césarienne	10,9 %	20 %
Mortalité maternelle **	10,9	10,2
Mortalité néonatale ***	13 ‰	5 ‰

** Pour 100 000 naissances

*** Mortalité néonatale : enfants morts nés ou décédés avant le 6^e jour de vie.

Sources :

- 1) Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001 Fréquence de la mortalité maternelle selon les statistiques de routine (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/rapport3.htm>)
- 2) La Protection Maternelle et Infantile, J. Morellec et M, Roussey - Institut Mère-Enfant, annexe pédiatrique, Hôpital sud, Rennes (<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/PMI.htm>)
- 3) Mortalité et morbidité infantiles, Pr D. Plantaz - Corpus médical de la Faculté de médecine de Grenoble (<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/santpub/33a/lecon33a.htm>)

Si on examine ces chiffres, on constate que pour 750 000 naissances environ, cette hausse représente environ 75 000 césariennens supplémentaires par an.

En 20 ans, le nombre de décès maternels est passé de 103 à 75 pour 100 000 naissances, soit environ 30 mères sauvées chaque année, pour 75 000 césariennes de plus. Ces mères ont-elle été sauvées uniquement grâce à la pratique de la césarienne ?

Ne peut-on supposer que les progrès de l'obstétrique et de la médecine en général dans d'autres domaines, et notamment la meilleure gestion du post-partum et le passage de l'anesthésie générale à l'anesthésie loco-régionale n'ont pas eu un effet certain pour abaisser ce chiffre ?

En 20 ans, le taux de décès périnataux est passé de 13 ‰ à 5 ‰ (enfants morts nés et enfants décédés avant le 6^e jour de vie), soit environ 6000 enfants sauvés.

A noter que ce taux se subdivise en 1980 entre 8,6 ‰ enfants morts nés pour 4,4 ‰ morts avant 6 jours de vie, contre 5,3 ‰ enfants morts nés pour 2,9 ‰ morts avant 6 jours de vie pour l'année 1995 (nous n'avons pas les chiffres pour l'année 2000).

Il nous paraît impossible d'imputer la baisse du taux de mortalité périnatale à la seule pratique des césariennes, car pendant cette même période :

- La réanimation néonatale, l'équipement des maternité en matériel de réanimation, la formation du personnel à ces techniques, les techniques de dépistage, ont considérablement progressé. De par ces améliorations, par exemple, les bébés prématurés ont aujourd'hui une espérance de survie qui n'était pas imaginable il y a 20 ans
- Le dépistage anténatal des anomalies a énormément progressé, ce qui a des conséquences sur le taux de mortalité, soit parce que les anomalies qui mèneraient à un enfant non-viable sont dépistées précocement (une IMG peut être proposée, ce qui réduit d'autant le nombre

d'enfants décédant à la naissance), soit parce que le fait d'avoir dépisté une anomalie permet sa prise en charge immédiate à la naissance, améliorant les chances de survie de ces enfants.

Alors quel est le nombre d'enfants réellement sauvés par la césarienne ?

Sans doute pas de quoi justifier 75 000 césariennes de plus par an...

Oui, la césarienne peut sauver des vies, mais toutes les césariennes ne sont pas pratiquées pour sauver des vies...

Césarienne : la panacée ?

En 1997, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Service*, une publication conjointe de l'Unicef (Fond des Nations Unies pour l'enfance), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'UNFPA (Fond des Nations Unies pour la population), indique qu'**un taux maximal de 15 % de césarienne** devrait être respecté. **Au-delà de 15 %, le recours à la césarienne est jugé comme abusif** et aurait un impact plus négatif que positif, si l'on considère les risques de cette opération⁹.

Les experts s'accordent aujourd'hui à considérer des taux de césarienne supérieurs à 25 % comme anormaux. Une enquête réalisée par le Figaro Magazine¹⁰ dénombre cependant pas moins de 23 maternités (sur 788 étudiées) dépassant ce chiffre.

Césarienne : quelles conséquences ?

Conséquences physiques

En 2000, une conclusion du CNGOF, le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français, reconnaît qu'en terme de morbidité* et mortalité* materno-fœtales, la césarienne est plus risquée qu'un accouchement par voie basse.

« L'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail. Par rapport à la voie haute et à âge gestationnel égal, il diminue le risque de détresse respiratoire néonatale. (...)

Dans ces conditions, l'accouchement par voie basse doit être préféré a priori à la réalisation d'une césarienne avant travail, mais son bien fondé doit être reconsidéré dans toutes les situations où le risque de césarienne en cours de travail peut être affirmé comme très élevé a priori. Cependant, le taux de césariennes pendant le travail à partir duquel une césarienne avant travail devrait être préférée à la tentative d'accouchement par voie basse n'est pas connu.»¹¹

Collège des Gynécologues Obstétriciens Français

⁹ Source : La césarienne : une opération trop banalisée ? Article de David Bême pour le site internet Doctissimo (http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa_770_nne.htm)

¹⁰ Le palmarès des maternités (Le Figaro Magazine du 29 janvier 2000)

¹¹ Source : Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquence et indications - CNGOF, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM)

Outre ces risques opératoires, les conséquences médicales d'une césarienne sont celles d'un geste chirurgical majeur. La récupération physique peut être longue alors même qu'une femme qui a subi une césarienne doit surmonter, outre le geste chirurgical lui-même, les suites d'une anesthésie, parfois après des heures d'un travail épuisant.

On peut aussi s'attendre à des inquiétudes sur les effets mutilants de la chirurgie. Pour les grossesses suivantes, les femmes césarisées présentent un risque accru de placenta accreta*, ainsi que d'adhérences chirurgicales.

Par ailleurs, le terme même de "césarienne" fait oublier qu'il s'agit d'un acte chirurgical et donc 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 qui sont généralement interdites aux opérés.

Concernant l'enfant, il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé se produisant durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important concernant d'une part sa maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale, et d'autre part le développement de ses réflexes primaires, y compris le réflexe de succion¹². La naissance par césarienne, et surtout par césarienne programmée, prive le bébé de ces processus physiologiques nécessaires au bon démarrage des fonctions vitales. C'est ce qui explique que les bébés nés par césarienne sont plus souvent en état de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les autres, nécessitent plus souvent des gestes de réanimation.

Par ailleurs, la mise en place de l'allaitement peut poser plus de difficultés, *a fortiori* quand la césarienne est programmée à 38 semaines alors que la gestation n'est pas encore terminée. Le nouveau-né, encore immature car ayant manqué ses deux à trois dernières semaines de gestation, n'a pas encore acquis ou mûri son réflexe de succion. Enfin, la programmation de la césarienne prive la mère de la sécrétion naturelle des hormones de l'accouchement et de l'allaitement nécessaires à la bonne mise en place de la montée laiteuse.

Conséquences psychologiques ¹³

Outre les risques inhérents à tout acte chirurgical, la césarienne induit fréquemment des conséquences psychologiques parfois lourdes pour la femme qui l'a subie.

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 sont ainsi traumatisées psychologiquement. La césarienne a brisé leurs espoirs d'accouchement "normal", elles se sentent parfois incompetentes car elles n'ont "pas été capable d'accoucher" et ne se sont pas "accomplies en tant que mère" puisqu'elles n'ont pas véritablement participé à la naissance de leur enfant.

Une conséquence connue d'un acte de chirurgie est la dépression, et pourtant cette possibilité n'est pas envisagée dans le cas d'une césarienne.

Dans l'imaginaire collectif et social, la représentation de l'accouchement reste souvent très liée à la sortie "par voie basse". La naissance par césarienne, surtout si la césarienne a été pratiquée en urgence en cours de travail, représente souvent une fracture entre l'idéal de l'accouchement et la réalité.

¹² Pour plus d'informations, lire notamment : Adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, C Le François (consultable sur http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/adaptation_vie_extra-uterine.htm)

¹³ Source : Portail « Naissance » <http://fraternet.org/naissance/docs/cesarchiffres-fr.htm>

Comment faire face à la naissance (en partant du postulat que chaque grossesse, enfant, naissance est unique) si le corps humain se dérobe ? Car pour beaucoup de femmes césarisées, cette intervention est vécue comme une démission d'un corps qui n'a pas assuré ses fonctions.

Après la césarienne, cette trahison se paye d'autant plus que les mères sont rarement en condition physique d'assumer et assurer les soins au nouveau-né, elles se retrouvent d'autant plus en décalage entre ce qui avait été idéalisé et ce qu'elles vivent, qu'elles rencontrent cette déception/douleur psychique, cette douleur physique, conséquente à la chirurgie, cette entrave dans leurs mouvements les plus basiques : une femme césarisée est incapable d'attraper seule et sans aide son enfant dans son berceau, il lui faut demander de l'aide.

La douleur physique peut trouver remède dans les apports médicamenteux. Il n'en reste pas moins que physiquement, la femme qui a été césarisée est transformée par cette cicatrice sur le bas du ventre ; ce signe que chaque jour elle voit, elle touche, ou au contraire elle esquive au mieux. Pour certaines, cette cicatrice est synonyme de mutilation : mutilation physique qui affecte très facilement le psychisme.

La douleur psychique peut avoir différentes origines, comme l'écart (pour ne pas dire le grand écart) entre l'idéal d'accouchement et la réalité de la chirurgie, ou parce que la femme a vécu ce moment seule, sans la présence du père qui, bien que le discours actuel des maternités et des médias soutient le contraire, est rarement admis au bloc opératoire. Cette absence peut être vécue comme un déchirement : ne pas voir le regard de son conjoint à la découverte de ce bébé, ne pas vivre ce moment dans l'émotion à laquelle elles s'étaient préparées. Rien ne peut remplacer ces moments-là.

L'impuissance totale ressentie au moment de la naissance, le fait d'avoir été attachée les bras en croix sur la table d'opération, peuvent être très mal vécus par une femme que l'on n'aura souvent pas préparé à cela tant ces pratiques sont routinières pour les équipes médicales qui les pratiquent. Cette constatation de passivité (on subit une chirurgie) est parfois vécue comme l'aveu d'une faute par une victime "consentante".

Comment faire pour ne pas se sentir décalée entre être la mère de son enfant et la difficulté de se sentir mère, voire femme, parce que l'on n'a pas accouché par voie basse, "comme toutes les femmes", ce qui vous exclut du "clan des accouchées" ?

La trahison physique a un lourd retentissement psychique dans le rituel initiatique de la naissance.

Effets sur le lien mère-enfant

Peu d'études ont été conduites chez les femmes césarisées, celles qui sont publiées portent en général sur des témoignages volontaires : nombre de femmes césarisées ne s'expriment ou ne témoignent pas sur le sujet.

Par ailleurs, il est impossible concernant ce mode de naissance de procéder à de véritables études randomisées contrôlées pour la simple raison qu'on ne peut répartir au hasard ou par tirage au sort des femmes enceintes en deux groupes dont l'un accoucherait par césarienne et l'autre par voie basse. Cela crée nécessairement un biais dans les résultats.

Toutefois, une étude, publiée dans *The aftermath of cesarean delivery* puis en français dans *Les dossiers de l'Obstétrique* en mai 2001,¹⁴ comparait 50 mères ayant donné naissance par césarienne en urgence et 50 mères ayant accouché par voie basse. Les femmes césarisées ont mis plus de temps à se sentir proches de leur enfant que les femmes ayant accouché par les voies naturelles.

¹⁴ Source : Extraits de E. Hillan, *The aftermath of cesarean delivery*. MIDwives Information and Resource Service (MIDIRS), vol. 10, no. 1, mars 2000, p.70-72.

Republié dans *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 294, mai 2001, p.8

Cette différence persiste plusieurs mois après la naissance : 43 % des femmes seulement ont dit s'être senties proches de leur enfant immédiatement après la césarienne, alors que pour les accouchements par voie basse elles étaient 64 %. Un mois plus tard cette différence est encore significative statistiquement : 57 % des mères se sentaient proches de leur enfant après la césarienne contre 86 % dans le groupe de contrôle.

Deux mois après la césarienne cette différence reste marquée, avec 71 % après césarienne et 93 % des femmes du groupe contrôle. A aucun moment il n'a pu être mis en évidence de différence entre les femmes ayant accouché par voie basse avec ou sans forceps. Ce qui tend à prouver que c'est bien le mode de naissance par voie haute, et non l'usage de forceps ou instruments d'extraction le facteur causal de cette différence constatée.

Pourquoi ces différences significatives ?

L'attachement de la mère vers l'enfant se crée très précocement et est favorisé par le contact physique. Plusieurs études et ouvrages sur la périnatalité¹⁵ ont montré que l'heure qui suit la naissance est un temps particulièrement important, et que le lien entre les parents et l'enfant va être favorisé par un maximum d'interactions avec le bébé pendant cette période.

Or, une césarienne influence les contacts mère-enfant, la mère étant le plus souvent séparée du bébé durant les deux heures qui suivent la césarienne. De plus, les échanges risquent d'être affectés par le stress subi par la mère du fait de la césarienne. Dans l'étude citée précédemment, les femmes disposaient de moins d'une heure pour se préparer à la césarienne. A l'annonce de la décision chirurgicale, la plupart des femmes se sentaient épuisées, effrayées, en état de confusion mentale ou de détachement. Bien que 70 % aient vu le bébé à la naissance, seulement 20 % d'entre elles ont pu vraiment le tenir dans leur bras au bloc et ceci généralement pendant un temps très bref, avant qu'il ne soit emmené. A la lumière de ces observations il n'est plus surprenant que les femmes de ce groupe aient mis davantage de temps à se sentir proches de leur enfant que pour les mères du groupe de contrôle.

Césariser, oui, mais à bon escient...

Avec 20 % de césariennes en 2003, soit une naissance sur cinq (une sur quatre chez les primipares^{*}) et des chiffres en constante augmentation, nous sommes bien loin des 15 % maximum préconisés par l'OMS.

Si l'on considère la hausse alarmante du nombre de césariennes ces dix dernières années, il semble que cette intervention chirurgicale ne soit pas seulement perçue comme un geste médical, certes parfois nécessaire et indispensable à la survie d'une enfant et/ou de sa mère, mais bien comme un moyen de naissance comme un autre sans que l'on ne tienne plus guère compte de ses dangers et de ses conséquences parfois si traumatisantes pour les mères et les bébés.

Peut-on faire baisser ces chiffres manifestement trop élevés ?

Nous voulons le croire !

Expliquer le pourquoi de ces chiffres, les dénoncer et contribuer à les faire baisser par l'information et la prévention est l'une des missions que s'est donnée Césarine. Une autre, et non des moindres, est d'offrir aux femmes césarisées ou devant l'être un espace d'échange, d'écoute et d'information.

¹⁵ Notamment les ouvrages de Michel Odent, de Claude Didierjean-Jouveau et d'Edwige Antier

Lexique :

Accouchement Eutocique : Accouchement normal.

Decubitus : Attitude du corps reposant à plat sur un plan horizontal : décubitus dorsal, ventral (procubitus) ou latéral.

Dystocie : Terme recouvrant l'ensemble des difficultés pouvant survenir lors de l'accouchement et en gêner ou en empêcher le déroulement normal.

Placenta accreta : Insertion placentaire directement sur ou dans le myomètre (muscle utérin) sans interposition d'endomètre, entraînant une adhérence anormale car il n'existe plus de zone de clivage pour la délivrance. Ces insertions vicieuses du placenta constituent une forme majeure de mortalité maternelle par hémorragie massive lors de la délivrance.

Primipare : femme qui attend son premier enfant.

Taux de Morbidité : Somme des maladies enregistrées pendant une période déterminée, au sein d'une population, s'exprimant sous forme d'incidence ou de prévalence. Étym. - Dérivé de « morbide » (lat. morbidus « malade », de morbus « maladie »).

Taux de Mortalité : Nombre des décès survenus au cours d'un laps de temps donné.

Karine Sizgoric & Sonia Heimann
Membres du CA et animatrices
Association Césarine
www.cesarine.org