



Dossier de presse

Contacts presse : presse@cesarine.org
France - Karine GARCIA-LEBAILLY : +33(0)6 70 46 60 93
Belgique - Stéphanie LANGELEZ: +32(0)497 31 63 68

Retrouvez les coordonnées des animatrices et références locales
sur : www.cesarine.org, rubrique « Contactez l'association »

Auteur: Association Césarine

Date: 09 octobre 2016

Pour tous ceux qui se sentent concernés par la césarienne

et qui ne se contentent pas d'entendre que

« l'essentiel, c'est que la maman et le bébé aillent bien ».

Le saviez-vous ?

- > La césarienne, c'est une naissance sur cinq, une sur quatre pour les primipares.
- > Avoir accouché par césarienne n'implique pas forcément d'en avoir d'autres.
- > Le père peut accompagner la mère au bloc et se placer à sa tête (cela dépend des pratiques et non pour des raisons d'asepsie).
- > L'allaitement après une césarienne est possible.
- > Masser la cicatrice peut aider à sa cicatrisation.
- > Statistiquement, les ruptures utérines sont des complications rares.

Les idées préconçues au sujet de la césarienne abondent :

- > « Césarienne un jour, césarienne toujours. »
- > « Une césarienne ne présente aucun risque. »
- > « Il est dangereux de laisser contracter un utérus cicatriciel. »
- > « La césarienne est la meilleure solution ! »
- > « Au moins, on n'a pas mal. »
- > « Avec une césarienne, le bébé ne souffre pas. »

Ces adages sont des généralisations et ne rendent pas compte de la réalité des expériences vécues qui sont bien plus diverses qu'on ne pourrait le penser. Par exemple, de plus en plus de mères peuvent tenter un accouchement par voie basse après 2 césariennes.

Vous avez entre les mains le dossier de presse de Césarine, association loi 1901 d'échange, de soutien, d'écoute et d'information autour de la naissance par césarienne. Nous espérons que son contenu vous intéressera et qu'il permettra de faire mieux connaître le déroulement d'une telle naissance, les choix possibles et les alternatives qui s'offrent aux femmes, avant, pendant et après une césarienne.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement ou information complémentaire que vous pourriez souhaiter.

Bien sincèrement,

Les membres de l'association Césarine

Sommaire

Le saviez-vous ?	2
1. Panorama de la césarienne	4
1.1. La césarienne, état des lieux en France aujourd'hui	4
1.2. La césarienne dans le monde	5
1.3. Pourquoi une telle évolution en France ?	6
1.4. L'inflation des césariennes a-t-elle réellement permis de réduire le taux de mortalité materno-fœtale ces 20 dernières années ?.....	7
1.5. Césariser, oui, mais à bon escient... ..	9
1.6. Césarienne : quelles conséquences ?.....	9
1.6.1. Conséquences physiques.....	9
1.6.2. Conséquences psychologiques	10
2. Césarine, l'association	12
2.1. En quelques mots	12
2.2. Philosophie	12
2.3. Objectifs	12
2.4. Actions.....	13
2.5. Partenariats.....	13
Annexes.....	14
Lexique.....	14
Paroles de mères	15

1. Panorama de la césarienne

1.1 La césarienne, état des lieux en France aujourd'hui

Le nombre de césariennes en France a fortement augmenté depuis 30 ans passant de 10,9 % en 1981 à 20,8 % en 2010. Cependant il n'a pas beaucoup évolué depuis 10 ans. Il baisse légèrement depuis 2010.

Retour sur une pratique en constante augmentation malgré des conséquences physiques et psychologiques trop souvent négligées.

Evolution du taux de césariennes en France		
Année	Taux global	Taux primipares*
1981	10,9% *	-
1995	15,9% *	18,0% *
1998	17,0% *	19,6% *
2003	19,6% *	23,5% *
2004	19,2% **	-
2005	19,6% **	-
2006	19,9% **	-
2007	20,3% **	-
2008	20,1% ** / 20,2 ***	-
2009	20,1% ** / 20,2 ***	-
2010	20,8% *	23,20% **
2011	20.5** et 20.6***	
2012	20.4** et 20.4***	
2013	20.3%***	
2014	20,2%****	

Sources :

- (*) Enquêtes périnatales 1981, 1995, 1998, 2003, 2010.
- (**) Depuis 2004, la [Statistique annuelle des établissements de santé \(SAE\)](#) publie les nombres d'accouchements et de césariennes pour chaque établissement de santé. Consultation ardue : en particulier, les données se trouvent dans le bordereau Q16
- (***) Depuis 1995, le [Programme de médicalisation des systèmes d'information](#) mesure l'activité des établissements, par type d'acte. La consultation en est très ardue, les accouchements et césariennes se répartissent un nombre croissant de GHM, jusqu'à 30 codes en 2012.
- (****) Source DREES SAE 2014.

Une naissance sur 5, presque une naissance sur 4 pour les primipares, se fait 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 ;

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>)

Dossier de presse

- > 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 risques 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 tendance semble être à la stabilisation, autour de 21% mais la prévalence de l'utérus cicatriciel augmente : 11% des parturientes en 2010 sont des femmes ayant un utérus cicatriciel (contre 8% en 1995) et 19% des multipares en 2010 (contre 14% en 1995) induisant pour les femmes un nombre grandissant de grossesses comportant les risques associés au fait d'avoir un utérus cicatriciel (augmentation du risque hémorragique, de placenta mal positionné; etc.).²

1.2 La césarienne dans le monde

Bien que l'OMS préconise un taux de césarienne autour de 15 %, d'un pays à l'autre, les taux de césarienne varient considérablement.

Citons simplement :

Les taux de quelques pays dans le monde	
Taux faibles	Taux élevés
Pays-Bas : 15,6 % en 2010 ³	Turquie : 51,13 % en 2014 ⁴
Islande : 15,31 % en 2014 ⁵	Mexique : 46 % en 2014 ⁶
Finlande : 15,77 % en 2014 ⁷	Italie : 35,7 % en 2014 ⁸
Suède : 16,97 % en 2014 ⁹	Etats-Unis : 32,5 % en 2010 ¹⁰ Recours à l'AVAC très difficile avec un taux d'à peine 8,7% en 2007 ¹¹
Norvège : 16,5 % en 2014 ¹²	Brésil : 56 % en 2012 ¹³

² Source : Enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010, DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-perinatale,7214.html>)

³ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

⁴ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

⁵ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

⁶ Source : UNICEF (<http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html>)

⁷ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

⁸ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

⁹ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

¹⁰ Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

¹¹ Source : AHRQ Publication No. 10-E003 : Evidence Report/Technology Assessment no. 191 : Vaginal Birth After Cesarean: New Insights Number 191, March 2010 : p.142. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/vbacup-evidence-report.pdf>

¹² Source : OCDE (<http://www.oecd.org>)

¹³ Source : UNICEF (<http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html>)

1.3 Pourquoi une telle évolution en France ?

L'amélioration des pratiques obstétricales et anesthésistes a permis une intervention plus sûre et donc un recours plus fréquent à la césarienne. Néanmoins on constate une hétérogénéité dans la pratique médicale qui conduit à des disparités entre régions mais aussi entre maternités.

Selon la Fédération Hospitalière de France¹⁴ (FHF), ces disparités auraient pour origine d'une part :

- > l'évolution de la population : âge maternel plus élevé, nombre de grossesses multiples augmenté en raison des techniques de procréation médicalement assistées, l'augmentation de l'index de masse corporelle de la mère (IMC), antécédents de césarienne, appréhension de l'accouchement par les parents et augmentation des césariennes sur demande maternelle.
- > du côté du bébé : la prise en charge des bébés macrosomes ou prématurés.

Et d'autre part :

- > **certains actes médicaux 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. Ainsi aujourd'hui un accouchement qui dépasse 12 heures est source de stress alors que 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.
- > **la crainte médico-légale** : 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. On constate d'ailleurs une augmentation des procédures pour césariennes décidées trop tardivement pour protéger la mère et/ou l'enfant.
- > **l'optimisation de la gestion des naissances** est devenue également un facteur augmentant les taux de césarienne (déclenchement, organisation matérielle et humaines des salles de naissance etc.).
- > **l'aspect économique**. En effet la FHF met en exergue la pratique abusive des césariennes, accentuée par la tarification à l'acte, notamment par certains établissements privés, ce mode de naissance impliquant l'intervention -et la rémunération- de toute une équipe de professionnels de santé durant l'intervention et en post-natal, nécessitant l'usage de quantités plus importantes d'anesthésiques, de produits pharmaceutiques et de médicaments que pour une naissance normale et induisant plusieurs journées d'hospitalisation pour la mère et son bébé. La hausse du nombre de césariennes à plus de 20 % des 800 000 naissances annuelles en fait donc **un véritable pan de l'économie de la naissance en France**.
- > > enfin et peut-être surtout, du fait d'une **absence totale d'évaluation des pratiques professionnelles**, chacun décidant en fonction de son « expérience » ou « impression personnelle »

¹⁴ Source : Etudes sur les césariennes (2008), FHF (<http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Etude-sur-les-cesariennes>)

Partant de ce constat les professionnels ont émis différentes recommandations en 2012 : recommandations de la Haute Autorité de la Santé ¹⁵(HAS) et recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français ¹⁶(CNGOF).

Malgré ces recommandations les pratiques restent hétérogènes.

1. 4 L'inflation des césariennes a-t-elle réellement permis de réduire le taux de mortalité materno-fœtale ces 20 dernières années ?

Bien que le taux de césarienne ait augmenté celui-ci n'a pas d'impact positif sur les autres facteurs marquants de la périnatalité. En effet le ratio de mortalité maternelle ¹⁷ calculé à partir des statistiques de routine sur les causes de décès pour la période 2006-2010 est de 8,4 pour 100.000 naissances en France (autour de 8 pour 100 000 naissances en Belgique).

Le taux de mortalité maternelle en France va vers une stabilisation. En parallèle le taux de mortalité néonatale ¹⁸ en France en 2010 (décès dans les 27 premiers jours après la naissance) est de **2,3 pour 1000 naissances vivantes en France**, la **Belgique présente un taux allant de 2,1 à 2,7 pour 1000 naissances** selon les régions alors que **les taux varient de 1,2 à 5,5 en Europe** ¹⁹.

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	2010
Taux de césarienne	10,90%	20%	21%
Mortalité maternelle **	12,90%	10,20%	9,60%
Mortalité néonatale ‰	5,8 ‰	3 ‰	2,3 ‰

** La mort maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours, ou 1 an, après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite, calculer 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) Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009 (<http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>)

Si on examine ces chiffres, on constate que pour 800 000 naissances environ, cette hausse représente environ 80 000 césariennes supplémentaires par an. En 30 ans, le nombre de décès maternels est passé de 103 à 85, soit environ 20 mères sauvées chaque année, pour 80 000 césariennes de plus. Il est légitime de se demander si ce nombre de mères sauvées l'a été uniquement grâce à une césarienne.

¹⁵ Source : Indications de la césarienne programmée (2012), HAS (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf)

¹⁶ Source : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel (2012), Recommandation pour la pratique Clinique, CNGOF (http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf)

¹⁷ Source : Rapport européen sur la santé périnatale (2013), Inserm (<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>)

¹⁸ Source : Rapport européen sur la santé périnatale (2013), Inserm (<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>)

¹⁹ A noter qu'il existe des manquements et des disparités dans les traitements statistiques de chaque pays

On peut légitimement 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 locorégionale ont eu un effet certain pour abaisser ce chiffre.

En 20 ans, le taux de décès périnataux est passé de 5,8 ‰ à 2,3 ‰ (enfants morts nés et enfants décédés avant le 27ème jour de vie), soit environ 3 000 enfants sauvés.

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

- > La réanimation néonatale, l'équipement des maternités 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 grands 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.

Par ailleurs l'étude rétrospective de Ye et al (*Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery*, J. Ye, A.P. Betran, M. Guerrero Vela, J.P. Souza and J. Zhang, BIRTH 41:3 September 2014) démontre qu'après ajustement avec les facteurs socio-économiques le taux de césa de 15% préconisé par l'OMS est approprié : au-delà de 10-15% de césa le taux de mortalité maternelle ne baisse plus, au-delà de 10% de taux de césa, APRES ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de mortalité néonatale (nombre d'enfants nés vivants, puis décédés entre la naissance et 28 jours après la naissance, rapporté au nombre de naissances vivantes) et le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes) ne baissent plus.

Chaque enfant nécessite tous les soins possibles et nécessaires à sa sécurité et son état de santé, mais si l'on met en balance le nombre de mères et de bébés à qui l'ont fait courir des risques du fait de la césarienne avec le nombre d'enfants réellement sauvés, on ne peut pas justifier la totalité de ces 80 000 césariennes supplémentaires chaque année.

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

1. 5 Césariser, oui, mais à bon escient...

Peut-on faire baisser ces chiffres manifestement trop élevés ? Nous voulons le croire !

Il est possible de baisser le taux de césarienne sans impacter de façon négative le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale.

On peut constater auprès des autres pays européens qu'il est possible d'avoir un taux de mortalité maternelle et un taux de mortalité néonatale faible tout en ayant un taux de césarienne bas également.

Ainsi la Finlande a un taux de césarienne de 16,10%, son taux de mortalité maternelle est estimé 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 (pour mémoire : 9,6 pour 100 000 en France avec 20,3 % de césariennes). En outre la Finlande et la Suède présentent des taux de mortalité néonatale respectivement de 1,5 pour 1000 naissances et de 1,6 pour 1000 naissances (et 2,3 en France).

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.

1. 6 Césarienne : quelles conséquences ?

Bien que la césarienne soit aujourd'hui un mode de naissance très répandu, accoucher de cette manière n'est pas anodin.

En effet, cette intervention n'a pas uniquement pour conséquence la naissance d'un enfant mais a également une influence sur l'avenir obstétrical de la femme et sur ses grossesses et accouchements suivants.

1.6.1. Conséquences physiques

Le CNGOF, reconnaît qu'en terme de morbidité* et mortalité* materno-fœtales, la césarienne est plus risquée qu'un accouchement par voie basse²⁰. 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 ²¹de 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, les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé 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

²⁰ Source : RPC « Césarienne : conséquences et indications » (2000) www.cngof.asso.fr

²¹ Source : RPC « Accouchement en cas d'utérus cicatriciel » (2012) www.cngof.asso.fr

réflexe de succion²². 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 avant 39 semaines d'aménorrhée alors que la gestation n'est pas encore terminée. En effet le nouveau-né n'a pas encore acquis ou mûri son réflexe de succion et la programmation de la césarienne prive sa mère de la sécrétion naturelle des hormones de l'accouchement qui participent à la bonne mise en place de la montée laiteuse.

1.6.2. Conséquences psychologiques 23

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 ou de souffrance. **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. 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 représente souvent une fracture entre l'idéal de l'accouchement et la réalité 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. 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, le fait d'avoir été attachée, les bras en croix, sur la table d'opération, peuvent être très mal vécus. Cette constatation de passivité (on subit une chirurgie) est parfois vécue comme l'aveu d'une faute par une victime "consentante".

La douleur psychique peut aussi avoir pour origine le non-respect et la séparation de la triade père-mère-enfant. En effet d'après notre questionnaire en ligne ²⁴ au 28 juillet 2014 sur 10845 naissances seulement 26,05% des pères étaient présents au bloc opératoire (36,31% des pères présents en cas de césarienne programmée) alors que 71,09% des parents souhaitaient cette présence. A noter que ce taux varie énormément d'une maternité à une autre, signe qu'il s'agit-là de pratiques plus que de véritables soucis d'asepsie. Par ailleurs, alors même que plusieurs études et ouvrages sur la périnatalité²⁵ 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 ont été séparées de leur enfant entre 2 et 6 heures, 28,55% entre 20 minutes et 2 heures, 29,71% moins de 20 minutes...

²² 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)

²³ Source : Portail « Naissance » <http://fraternet.org/naissance/docs/cesarchiffres-fr.htm>

²⁴ Enquête « Vos césariennes » <http://www.cesarine.org/quest>

²⁵ Notamment les ouvrages de Michel Odent, de Claude Didierjean-Jouveau et d'Edwige Antier

Dossier de presse

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.

Bien que la césarienne soit maintenant plus sûre qu'elle ne l'a jamais été, elle reste un geste de chirurgie majeur et comporte de ce fait un risque de mortalité et de morbidité supérieur aux risques de la naissance par voie basse.

Les femmes ayant donné naissance par césarienne ont besoin de temps et de soutien pour récupérer aussi bien physiquement qu'émotionnellement de cette naissance.

Fortes de ce constat, des mères confrontées à la naissance par césarienne ont décidé d'agir pour porter à la connaissance des institutions, des professionnels de santé et des parents, les éléments qu'elles ont analysés.

2. Césarine, l'association

2.1. En quelques mots

Césarine est une association créée en mai 2005 par un groupe de mères confrontées à la naissance par césarienne et ne trouvant pas autour d'elles le soutien et l'information dont elles avaient besoin. Elles ont décidé de fonder une association pour toucher les publics les plus larges possibles. Césarine est une association d'intérêt général depuis avril 2012.

Le positionnement de Césarine est unique : il s'agit de la seule association d'usagers en France et en Belgique à proposer de l'information, du soutien et de l'échange autour de la naissance par césarienne ou de l'AVAC (accouchement vaginal après césarienne).

Ainsi, Césarine s'adresse à tous les parents ou futurs parents, usagers du système de santé périnatal, quelles que soient leurs origines ethniques, religieuses ou sociales, qui sont ou pourraient être confrontés à la césarienne. Notre objectif est de leur apporter une information claire, documentée et objective, des témoignages, ainsi que du soutien de mère à mère, dans le respect de la diversité des ressentis et des vécus autour de la naissance par césarienne.

Césarine s'adresse également aux professionnels de santé en formation ou en activité ainsi qu'aux réseaux et associations de périnatalité et de parentalité.

2.2. Philosophie

Chaque parent ou futur parent a droit au respect, à l'information et au libre choix de ce qui est le mieux pour eux et leur bébé.

Césarine a pour objectif de collaborer avec les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Elle entend également aider les mères, les couples confrontés à la naissance par césarienne et/ou préparant une nouvelle naissance.

Césarine encourage les parents à faire des choix éclairés et responsables.

Césarine soutient activement le partenariat parents/professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes) et n'incite pas à faire le projet d'accoucher sans être assisté médicalement. Césarine encourage vivement les parents et les professionnels de santé à mettre en place un système d'échanges basé sur le respect et la prise de décision collective.

2.3. Objectifs

Les objectifs de l'association sont :

- > D'alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur les taux de césarienne en augmentation et faire en sorte qu'en France, puis dans tout pays dans lequel Césarine sera implantée, ce taux cesse d'augmenter et tend à rejoindre ceux des meilleurs pays européens ;
- > D'humaniser la pratique des césariennes (notamment en favorisant l'établissement du lien mère-enfant et la présence du père au bloc opératoire) ;
- > De permettre une meilleure compréhension de la césarienne et de l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ;
- > De permettre aux parents de trouver un lieu d'écoute et d'échange autour du vécu de la césarienne, qu'elle soit passée ou à venir.

2.4. Actions

- > Intervention lors du séminaire HAS "Optimiser le parcours d'une femme enceinte pouvant nécessiter une césarienne programmée à terme" (2014)
- > Edition du livre *Tu es née de mon ventre* (Association Césarine/Camille Carreau, 2013), album destiné aux enfants de 3 à 6 ans
- > Participation au livre *La césarienne - Une approche fondée sur les faits*, 2ème édition (C. Racinet et F. Vendittelli, 2013)
- > Aide à la rédaction de la brochure « La césarienne : ce que toute femme devrait savoir » éditée par la HAS (2013)
- > Participation à la rédaction de la recommandation HAS « Indications de la césarienne programmée à terme » (2012)
- > Participation à la rédaction de la recommandation CNGOF « Accouchements en cas d'utérus cicatriciel » (2012)
- > Accompagnement des réseaux de périnatalité Ombrel (Lille, 2009 et 2014) et Haute Normandie (2012)
- > Interventions : école des sages-femmes (CHRU de Lille, 2009), maternité de l'hôpital d'Aubagne (2010), école des éducateurs jeunes enfants (EJE) de Marseille (2012)
- > Participation à une table ronde "Etat des lieux de la naissance par Césarienne" aux Journées de gynéco-obstétrique pratique à Paris (2012)

2.5. Partenariats

Césarine est membre du CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE) depuis 2005. Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé.

Plus qu'une association, Césarine se veut un acteur, un interlocuteur, une ressource, tant pour les femmes ayant fait l'expérience de la césarienne, que pour les professionnels de santé, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins, infirmières, puéricultrices.

Annexes

Lexique

Accouchement Eutocique : accouchement normal.

Décubitus : 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.

Paroles de mères

« Maintenant, elle a 6 mois et pour moi, je n'arrive pas à dire que j'ai accouché. J'ai plutôt tendance à dire que je me suis faite opérer. »

Adeline

« Je m'imaginai accoucher par voie basse, je voulais voir la tête de mon chéri au moment de la naissance, je voulais me dépasser physiquement, je voulais accompagner mon enfant vers la sortie... Mais non ! Quelle déception ! »

Virginie

« Lena ouvre les yeux. Tout le monde dit "regardez madame, elle vous regarde, vous avez vu ?" Oh ça oui, j'ai vu ! Je suis fière !!!! Elle est belle, elle tête. C'est le plus merveilleux moment de sa naissance. Je n'oublierai jamais cet instant. J'ai l'impression que la vie commence enfin pour nous trois. Nous allons pouvoir être heureux ! »

Julie

« Quelle horrible impression de se dire qu'on n'a pas accouché. Car c'est vraiment ça. Au-delà de la douleur physique que j'ai ressentie les 48 heures après la naissance (contractions, cicatrice etc.) il y a aussi cette pensée qui ne vous lâche pas : je n'ai pas accouché. »

Cécile

« Je trouve qu'on a énormément de mal à se remettre psychologiquement d'une telle naissance. Je n'ai vu mon enfant que 5 minutes en salle d'opération alors que j'avais imaginé des moments d'intimité et de découverte. »

Stéphanie

« J'ai eu une césarienne programmée et j'en suis super contente, j'ai un souvenir inoubliable d'un moment unique, je l'ai vu arriver, je l'ai senti sortir de mon ventre sans douleur, je suis arrivée sereine à la maternité en sachant très bien ce qui m'attendait et pour moi ça été un vrai accouchement. »

Claudia

« Ce fut la plus dure épreuve de ma vie et franchement pour l'instant je n'envisage pas du tout d'avoir un deuxième enfant. Ca a été terrible pour moi, d'autant plus que j'en voulais à mon bébé de ce qui m'était arrivé. Je me disais que c'était de sa faute. J'ai eu du mal à m'occuper de lui au début. »

Leslie

« Car bien sûr les personnes ont beau dire "l'important c'est que ta fille aille bien..." Bah non. Moi, je vais pas bien... ! »

Charlotte

« ... [Pour ce bébé] si césarienne, il doit y avoir, je mettrai chaque atome de mon être et de mon énergie à ce qu'elle devienne la naissance de mon enfant et non plus une amputation de mon corps. »

Maud