Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 99 (2001)

Heft: 3

Artikel: La césarienne sur demande maternelle

Autor: Gogniat Loos, Fabiène

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951282

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

La césarienne de confort. Phénomène déjà important dans certains pays, encore discret chez nous.
Mais quel vaste sujet et surtout comment l'aborder?

Certes du point de vue sociologique, par un désir grandissant de tout maîtriser, de tout prévoir. Une vie que l'on veut réglée, avec le moins possible d'imprévus...
Mais aussi médicalement, avec les progrès fulgurants en matière opératoire et anesthésique de ce dernier siècle. Les risques de moins en moins importants tendent à banaliser l'intervention, diminuant également les arguments de refus lors d'une demande.
Si les statistiques ne mettent pas encore clairement en évidence les césariennes de convenance, elles n'en restent pas moins pratiquées depuis déjà longtemps par de nombreux médecins gynécologues. Un bébé un peu gros, une femme un peu petite, les raisons médicales seront vite trouvées si besoin est... nous en connaissons toutes des exemples.
Il en revient donc à l'appréciation et à la conscience professionnelle de chaque obstétricien... Question d'éthique.
Reste la part émotionnelle que représente la naissance. N'y a-t-il pas autre chose à vivre lors de la venue au monde d'un enfant qu'une simple intervention, programmée en fin de grossesse, tel un rendez-vous chez le dentiste? Est-ce vraiment le désir des femmes?
Peut-être avons-nous encore le temps, nous, sages-femmes et obstétriciens, de choisir quelle naissance, quel accueil nous voulons pour les générations à venir et d'œuvrer au maintien et au développement d'une obstétrique de qualité.

Christine Peitrequin, sage-femme

Tendances

La césarienne sur

Photos: Susanna Hufschmid

Faut-il oui ou non accéder à la demande d'une femme qui exige une césarienne sans aucune indication médicale? «Sage-femme suisse» a choisi d'ouvrir le débat dans ses colonnes. Outre une présentation générale de la situation, vous y trouverez le résultat d'une enquête faite auprès de gynécologues-obstétriciens en Suisse romande et quelques témoignages de personnes confrontées à ce problème.

Fabiène Gogniat Loos

EN 1996, le *Lancet* publiait une enquête [1] faite auprès des gynécologues-obstétriciens londoniens. Il s'avérait ainsi qu'en cas de première grossesse sans complications, 31% des obstétriciennes choisiraient pour elles-même une césarienne plutôt qu'une naissance vaginale. L'article a fait couler beaucoup d'encre dans le milieu obstétrical mondial et déclenché toute une série de débats, sur Internet notamment [2].
L'enquête publiée par le *Lancet* a été faite anonymement, auprès de 283 obstétriciens actifs à Londres. Le taux de réponse a été de 73%. A la question «si vous ou votre femme était enceinte pour la 1ère fois, avec une grossesse sans complications et un bébé en présentation céphalique à terme, quel mode de délivrance choisiriez-vous?» 31% des femmes opteraient pour une césarienne élective et 8% des hommes la recommanderaient aussi à leur compagne (moyenne: 17%). Les raisons de ce choix sont à 80% par peur de séquelles à long terme sur le périnée en cas de naissance vaginale (incontinence urinaire, dommage au sphincter anal). 58% ont avoué avoir des soucis en rapport avec les effets à long terme d'une naissance vaginale sur les fonctions sexuelles et 39% ont fait état de peur de

demande maternelle

A Londres, 17 % des obstétriciens opteraient pour une césarienne élective pour eux-mêmes ou leur compagne. En Hollande, ils ne sont que 1,4 %... Et en Suisse?

dommages sur l'enfant. Seuls 27 % avançaient le désir de programmer la naissance dans le temps. La préférence pour la césarienne élective est encore plus forte en présence de facteurs de risques impliquant des difficultés lors de la naissance vaginale, facteurs qui ne sont pas habituellement des indications claires pour une césarienne. Par exemple pour une présentation en siège lors d'une première grossesse, avec un fœtus de moins de 3,8 kg et une pelvimétrie normale, 57 % des obstétriciens se prononceraient pour une césarienne élective, plutôt que pour une version externe ou un essai de naissance vaginale. Pour une multipare, le taux tomberait à 40 %. Dans le même ordre d'idée, ils sont 68 % à choisir une césarienne pour une présentation céphalique avec un poids fœtal estimé supérieur à 4,5 kg et 39 % pour un fœtus pesant entre 4 et 4,5 kg.

Ces résultats reflètent bien les inquiétudes des obstétriciens londoniens liant l'incontinence urinaire et les dommages au sphincter anal à une naissance vaginale. Ces inquiétudes sont clairement fondées, si l'on se réfère à une étude menée récemment au

Témoignage d'une maman

J'ai toujours redouté d'accoucher naturellement, par peur de ce que l'on nomme les «douleurs de l'enfantement». De ce fait, mon projet était d'adopter des enfants, non de les faire moi-même! Mais ce n'était pas un projet partagé par l'homme de ma vie... Je me suis donc faite (sans trop de mal) à ses arguments. Au septième mois de ma grossesse, l'enfant ne s'était pas retourné et la politique de ce hôpital universitaire romand était alors claire: pour un premier enfant en siège, c'était la césarienne assurée. Le médecin-assistant présent à ce moment-là a cherché à me rassurer: il y avait encore des chances (des risques plutôt!) pour que l'enfant se retourne... En mon for intérieur, j'étais aux anges et je félicitais ce petit bout de vie qui refusait de se mettre tête en bas, simplement pour faire «comme il se doit». Une tentative de version externe n'a heureusement pas abouti. Et je me suis retrouvée, un début d'après-midi de printemps, en salle d'opération, avec une péridurale et, au bout du compte, un merveilleux petit garçon plein de vie. En salle de réveil, j'étais tellement heureuse que la douleur était comme effacée. Le lendemain je me levais sans trop de difficultés et sept jours après, j'étais dehors, prête à faire face à cette nouvelle aventure à trois.

Deux ans plus tard, j'étais à nouveau enceinte et m'apprêtais (la petite sœur étant un peu plus consensuelle, elle s'était bien positionnée) à accoucher «naturellement». Ayant ressenti des contractions anormales, je m'étais rendue à l'hôpital quelques jours avant le terme. J'avais perdu les eaux depuis déjà un moment lorsque la provocation a été décidée. Malheur!!!! En effet, 1 ou 2 heures après le début du travail, les douleurs devenant de plus en plus fortes, j'ai demandé une péridurale. Mais ma température avait monté à 39°C et dans ces conditions, impossible de la poser. J'ai été clouée neuf heures durant sur la table d'accouchement, reliée sans interruption au monitoring. Je souffrais le martyr, inutile de le cacher, et j'étais épuisée. Finalement, mon col étant complètement dilaté depuis 3 heures, mais l'enfant ne passant pas, le médecin a décidé une césarienne d'urgence, que j'ai vécu dans le noir le plus total, sortant de mon «coma glauque» un peu plus tard, pour entr'apercevoir ma fille et ressombrer immédiatement dans ma nuit ouateuse. Les suites furent encore plus faciles que la première fois, 12 heures après la césarienne, je marchais déjà et cinq jours plus tard, par manque de lits, on m'autorisait à rentrer chez moi. Une incontinence urinaire légère, mais qui mit plusieurs années à s'atténuer, reste pour moi un souvenir cuisant de plus de cet événement.

Pour le troisième enfant, la question ne s'est pas posée: nous l'avons tout simplement adopté!! Mais s'il fallait recommencer, avec le recul et la maturité, j'aurais beaucoup de mal à choisir. Mes césariennes précédentes m'interdiraient presque à coup sûr l'accès à une maison de naissance... alors c'est certainement vers une césarienne élective que je me dirigerais. Au moins on sait à quoi s'attendre, on bénéficie d'une péridurale, ce qui permet de tisser des liens avec son enfant dès le début, on est en pleine forme après l'intervention et surtout on a l'impression de «maîtriser» un minimum le déroulement des choses...

Le taux de césarienne est en augmentation depuis 1993... mais les chiffres ne permettent malheureusement pas de différencier césariennes sur indication médicale et césariennes de convenance.

CHUV àLausanne [3]: 10 mois après un accouchement spontané, 15% des femmes souffraient d'incontinence urinaire, 5% d'incontinence fécale et 18% avaient des sensations sexuelles diminuées. En cas de délivrance par forceps, les chiffres avancés sont respectivement de 20%, 4% et 12%.

Et les sages-femmes?

Peu de temps après, une enquête du même genre a été menée auprès des sages-femmes [4]. L'enquête a été faite en Angleterre, avec la participation de 135 sages-femmes. Les sages-femmes ont été directement approchées et ont eu àrépondre à la même question que les obstétriciens londoniens. Sur 135 sages-femmes, 129 ont répondu préférer, dans les mêmes conditions, une naissance vaginale, soit 96%. Les auteurs avancent leurs propres raisons àce choix: d'une part les sages-femmes ont plus l'occasion que les obstétriciens d'assister à des accouchements normaux, où tout se passe bien (les obstétriciens étant naturellement appelés surtout quand il y a un problème) et d'autre part, suivant les femmes pendant les premiers jours du post-partum, elles sont plus conscientes des difficultés qu'éprouvent les jeunes mères césarisées às'occuper de leur bébé. Cette publication a valu à la rédaction du *British Medical Journal* quelques réactions intéressantes. Ainsi un anesthésiste souligne que les sages-femmes qu'il a eu l'occasion de suivre lors de leur accouchement lui ont avoué, après celui-ci, avoir sous-évalué les douleurs (tant lors d'une césarienne que d'une naissance vaginale). Les sages-femmes qui avaient eu une césarienne lui ont avoué avoir réalisé combien peu d'aide elles avaient proposés par le passé aux mamans césarisées dans leur service. Toutes ont également souligné qu'elles n'avaient pas pleinement réalisé les difficultés liées àl'allaitement. Un autre obstétricien pense que si les réponses sont si différentes entre obstétriciens et sages-femmes, c'est peut-être que les sages-femmes ont bien moins d'expérience des séquelles que laissent une naissance vaginale. Les femmes souffrant d'incontinence urinaire, ou de dysfonctions sexuelles s'adressent àun gynécologue souvent bien après la fin du suivi post-partum effectué par les sages-femmes.

Et ailleurs dans le monde?

En Hollande, une étude similaire a montré que seuls 1,4% des obstétriciens choisirait une césarienne dans les mêmes conditions [5], ce qui tend à démontrer l'importance du facteur culturel et de la pression de la société dans ce domaine. Néanmoins, le choix que feraient les obstétriciens ou les sages-femmes pour eux-mêmes ou leur compagne ne peut être considéré comme

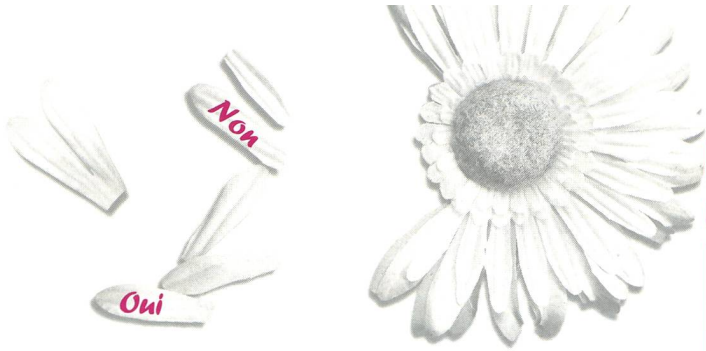
Césarienne de convenance, *qui la demande?*

J'ai envie de relever ici ce qui me semble être trois principaux types de femmes demandant une césarienne de convenance. Leurs raisons diffèrent et doivent être appréhendées en conséquence.

Le premier type que je décrirais ne me semble pas le plus fréquent, toutefois c'est probablement les femmes pour lesquelles, nous sages-femmes, pouvons le moins. Il s'agit le plus souvent de patientes privées, intellectuelles carriéristes souhaitant, toujours pour des raisons professionnelles, planifier la naissance de leur enfant. Ces femmes savent parfaitement ce qu'elles se veulent et seule une remise en question, un travail sur elles-mêmes, pourrait leur faire prendre conscience de raisons plus profondes qui peut-être les motivent et éventuellement les faire changer d'avis. Le gynécologue lui-même ne peut souvent rien si ce n'est accéder à leur requête ou les laisser partir vers un confrère...

Le deuxième type concerne des femmes primigestes, en proie à des peurs ou des croyances diverses telles que l'impossibilité dans leur famille d'accoucher par voie basse, etc... elles souhaitent une césarienne sans forcément en faire clairement la demande. Une allusion recouvre le plus souvent une demande d'informations, le besoin de verbaliser des angoisses, d'être écoutée. Pour la plupart, une préparation à la naissance accompagnée d'un bon dialogue avec la sage-femme (évent. SF conseillère) et avec son médecin, pourra aider...

La troisième catégorie est celle des femmes demandant une césarienne suite à un premier accouchement mal vécu, ayant entraîné des suites physiques et/ou psychologiques difficiles. Notre rôle apparaît alors déjà dans le post-partum, sinon à la grossesse suivante; en les écoutant dans la verbalisation de leur accouchement, les accompagnant et les encourageant si nécessaire, dans leur demande d'informations auprès du médecin, en les dirigeant éventuellement vers d'autres services compétents, etc. Loin de moi l'idée d'établir une liste exhaustive de ces situations; il s'agit plutôt d'inciter chacune à une ré-



un indicateur fiable de la tendance qui se dégage dans la population en général. Cela permet tout au plus de se poser des questions sur l'information que ces médecins donnent aux femmes qui viennent accoucher chez eux/elles!

Les raisons le plus souvent avancées par les femmes pour demander une césarienne sont la peur des douleurs de l'accouchement, ou un traumatisme lié à une accouchement précédent qui a «mal tourné». Très peu nombreuses sont les femmes conscientes des risques de dommages pelviens ou désireuses de «programmer» la date de leur accouchement.

Une autre étude a montré les taux effrayants de césariennes en Amérique latine [6]. On apprend ainsi que sur les 19 pays étudiés, 12 dépassent le taux, considéré comme normal par l'OMS, de 15% de césariennes, affichant des valeurs allant de 16,8 à 40%. Une corrélation significative a été trouvée entre le produit national brut et le taux de césariennes, de meilleures conditions socio-économiques étant directement liées à un haut taux de césarienne. Naturellement, les valeurs sont plus élevées dans les cliniques privées.

Taux très élevés en Amérique du Sud!

Au Chili, pays affichant le plus haut taux de césariennes (40% en 1997), une étude a été menée [7] explorant le lien entre assurance maladie privée (largement promue par le gouvernement depuis les années 1980) et ce taux élevé. Il s'avère que les assurances privées couvrent les soins primaires prodigués par un obstétricien (et non une sage-femme), ce qui fait que ces femmes, assurées de manière privée, ont un taux de césariennes bien plus élevé (entre 57 et 83%) que les femmes suivies par une sage-femme ou un médecin dans un hôpital public ou universitaire (27–28%).

Seule une minorité des femmes césarisées recevant des soins privés a demandé expressément ce type de délivrance (entre 6 et 32%). En fait, les maternités privées sont une source de revenus lucrative et comme les obstétriciens sont priés d'assister en personne à l'accouchement, le fait de pouvoir programmer les naissances est une forme bien pratique de management du temps...

Un obstétricien brésilien avouait, sur le site Internet du *British Medical Journal* [8] avoir été mis sous pression à de nombreuses reprises pour effectuer des césariennes sans indications autres que la demande maternelle. Ce même obstétricien estime par ailleurs que le taux de césariennes dans certaines cliniques privées, où les patientes ont leurs propres obstétriciens, atteint les 80%. A contrario, en Suède, les taux de césariennes sont passés de 12,3% en 1983 à 10,84% en 1990, avec une diminution associée de moitié des taux de mortalité périnatale.

Et en Suisse?

En Suisse, aucune étude n'a encore été menée sur le phénomène, et il est très difficile d'obtenir des chiffres! Des chiffres provisoires de l'Association des gynécologues et obstétriciens suisses font état d'un taux en augmentation considérable: alors qu'il n'était encore que de 13,5% en 1993, il est passé à 17% en 2000. Bien sûr, cette augmentation n'est pas entièrement à mettre sur le dos de la césarienne sur demande maternelle.

Il est difficile de savoir si le nombre de césariennes effectuées sur demande maternelle est en augmentation ou non. Ce qui est sûr, c'est qu'aujourd'hui, les avis sont

flexion personnelle. Notre situation en Suisse n'étant pas encore aussi importante que dans certains pays, nous avons, en tant que sage-femme, un rôle à jouer et combien important. Le but n'étant pas de convaincre systématiquement toutes les femmes se présentant avec cette demande, mais plutôt d'agir bien avant et je pense là surtout au post-partum... Le dialogue et les explications suivant une naissance difficile peuvent apporter à ces femmes une compréhension des événements les encourageant à envisager un prochain accouchement et non à choisir d'emblée une autre voie...

Christine Peitrequin, sage-femme

Réflexions de médecins

«Combien de périnées délabrés, de sutures difficiles après des extractions instrumentales faisant la fierté de l'accoucheur mais rendant l'activité sexuelle plus que précaire.

(...) Combien de lésions nerveuses de la sphère vésicale sur des accouchements totalement normaux avec des rééducations sphinctériennes qui n'en finissent pas. Sans parler, comme l'a montré une étude australienne, des lésions des fibres externes du sphincter anal bien souvent méconnues avec les conséquences sur la continence au minimum des gaz.

Cela ne justifie naturellement pas la césarienne pour convenance personnelle. Par contre l'évolution des techniques, du niveau d'exigence des patientes et de l'obligation de résultat pour l'enfant mais aussi pour la mère doivent inévitablement nous faire réfléchir sur une modification de nos indications.»

«Une demande récente émanant d'une consœur, fort jolie femme, primigeste, et dont le compagnon, anesthésiste «périduralisateur», avait vu plein d'horreurs et de périnées délabrés dans le service où il sévissait. Elle craignait de perdre lors d'un accouchement laborieux ses capacités orgasmiques. Rassurée, informée, elle a accepté d'accoucher par voie basse d'une très jolie petite fille: PC 37cm, épisio médiane bien longue mordant sur le sphincter. Les suites immédiates furent simples, l'eupareunie est-elle revenue?

Je ne suis pas certain d'avoir eu raison d'être dissuasif.»

«Mon opinion reflète le libéralisme sans doute excessif que j'ai toujours appliqué dans mon exercice professionnel et ne vaut d'être émise qu'en tant qu'idée philosophique du droit des hommes à disposer d'eux mêmes. Dans votre salle d'accouchement vous avez le droit d'être le seul maître à bord, mais rappelez-vous qu'il y a 20 ans il était coutume de hurler son indignation à l'encontre des protagonistes de la péridurale. Aujourd'hui qui ose la refuser à ses patientes? Ça s'appelle la loi du client.(...)»

Réflexions tirées du site internet: www.gyneweb.fr/sources/forum/gynelist/cesar-sans-indic-med.htm

bien plus partagés qu'il y a vingt ou trente ans. A cette époque, la césarienne était considérée comme un échec et la voie basse était la règle. Avec les techniques actuelles d'anesthésie loco-régionale et les protocoles d'analgésie, les suites d'une césarienne n'ont aujourd'hui plus rien à voir avec ce qu'elles étaient il y a vingt ans. Ne vaut-il pas mieux opter pour une césarienne planifiée, plutôt que de devoir finalement se résoudre à une césarienne d'urgence en plein travail, alors que le blocage chez la mère est certainement d'ordre psychosomatique et aurait pu être évité en programmant d'emblée une césarienne? Mais est-ce une raison pour accepter systématiquement une demande de césarienne faite par la mère sans aucune indication médicale?

Le CTG continu augmente le taux de césarienne

Pourtant, face aux chiffres évoqués plus haut, on ne peut s'empêcher de se poser des questions. Ainsi, un des auteurs de la fameuse étude sur les obstétriciens londoniens, le Dr Fisk, prédit sans rire que le taux de césarienne augmentera bientôt à 50% et il prétend qu'une césarienne élective est plus sûre que la conduite d'une voiture [cité par 13]; pour lui, c'est la méthode la plus sûre de mise au monde, tant pour les mères que pour les bébés... Un autre obstétricien londonien énumère les avantages de la césarienne élective: choix de l'obstétricien, nombreux avantages sociaux (choix du moment notamment), diminution des douleurs, élimination des dommages pelviens et des dysfonctions sexuelles liées à l'accouchement vaginal. Même l'argument financier est avancé: avec un accouchement normal, on ne sait jamais comment cela finira! Au moins, avec la césarienne élective, on sait à quoi s'en tenir question budget!!!

Une étude en cours en Grande-Bretagne [9] portant sur les raisons qui poussent les femmes à demander une césarienne laisse déjà entrevoir des réponses intéressantes. Ainsi, la plupart des femmes britanniques considèrent la naissance vaginale comme un idéal, mais nombre d'entre elles voient dans la césarienne élective un moyen de garder le contrôle et la perçoivent comme plus sûre pour le bébé. Ainsi, certaines femmes vont même jusqu'à se sentir égoïstes par rapport à leur enfant de désirer une naissance vaginale, tellement elles sont persuadées qu'une césarienne sera meilleure pour lui. La place de la TV dans cette perception «dangereuse» de la naissance vaginale n'est pas à négliger [10]. Dans la plupart des feuilletons et des téléfilms, la naissance vaginale est en effet décrite comme un drame, se déroulant la plupart du temps dans l'urgence et source de multiples difficultés.

L'augmentation des taux de césarienne peut aussi être associée à l'emploi quasi abusif du CTG. En effet, les femmes sous CTG continu ont bien plus de risques de finir leur accouchement par une césarienne que les autres. Du fait de la mauvaise interprétation des informations, mais aussi du fait de l'immobilité forcée de ces femmes.

Une étude menée à la fin des années 70 [11] a ainsi montré que l'utilisation du CTG sans prélèvement du sang fœtal amenait une augmentation de 160% des césariennes. De même, une épidurale posée avant 5 cm de dilatation double le taux de césarienne [12]. Sheila Kitzinger rapporte dans un article récent [13] avoir recueilli nombre de récits de femmes dont le corps a été traité comme une machine sur le

«Coup de gueule»

En tant que sage-femme, j'ai l'habitude d'accompagner des femmes dont je ne partage ni la culture, ni la classe, ni les choix. Pourtant, s'il me fallait un jour accompagner des femmes qui désirent et obtiennent des césariennes sans indication médicale, je changerais de métier. Au jour d'aujourd'hui, et avec les progrès scientifiques de la deuxième moitié du siècle que nous venons de quitter, les femmes ont enfin plus de liberté pour choisir la maternité quand elles le désirent et comme elles le désirent, dans une majorité de cas. (...)

Outre la question de la douleur et du périnée, largement évoquée dans ce dossier, il est une «lésion psychique» qu'il ne faut pas négliger. En effet, l'image psychique de l'enfant qui «passe par» les voies basses impressionne souvent les couples. C'est pour cela aussi qu'existent les cours de mise en forme post-partum pour mère et bébé, la rééducation uro-gynécologique, voire l'Unité de sexologie de l'Hôpital. (...)

Mais quelle est la question qui nous est posée par les femmes qui désirent une césarienne? Il me semble que cela concerne la disponibilité que demande l'arrivée d'un enfant dans la vie d'une femme, d'un couple ou d'une famille. Et pour ça, je ne connais pas de remède, sinon un désir d'enfant résistant à toutes les tempêtes.

Le fond de la question n'est-il pas plutôt: un enfant dans ma vie, oui ou non? La césarienne ne donne qu'un répit provisoire à la mère qui veut pouvoir continuer de planifier sa vie sans être dérangée. Même si, en tant que mères, nous avons droit à une vie sociale, à une vie professionnelle et à des projets de toutes sortes, dès qu'un enfant est là, tout est suspendu à lui. Dans la pratique, je constate que l'arrivée de ces petits êtres sur le radeau de la mère, du couple ou de la famille provoque toujours des remous si profonds qu'il faut beaucoup de force pour ne pas chavirer. Cette force est directement alimentée par l'enfant, avec ses charmes, ses progrès, son optimisme, sa fantaisie. Dans la conscience de la mère s'établit donc une relation dialectique entre les pertes occasionnées par l'arrivée de l'enfant et le supplément de vie qu'il apporte dans l'existence.

Paradoxalement, moins on se préserve des enfants, et plus ils nous donnent. Cet exercice à la souplesse, à l'adaptation, à l'humour devient souvent une sorte d'art de vivre, comprenant l'ouverture, mais aussi la résistance, la force, le courage. Même si l'on s'efforce de contrôler sa vie, de la «structurer» librement, il nous arrive de rencontrer des imprévus (...). Les enfants nous montrent le chemin pour les affronter ou s'y adapter. Autrement dit: l'en-

En Grande-Bretagne, nombre de femmes sont persuadées que la césarienne est la meilleure des alternatives pour leur bébé.

point de se crasher: heures interminables à rester couchées sur le dos, reliées continuellement à un goutte-à-goutte, scotchées sur la table d'accouchement par un CTG continu, le tout se terminant bien souvent par une césarienne d'urgence (voir témoignage ci-contre). Il est compréhensible que ces femmes préfèrent, pour un accouchement ultérieur, une césarienne élective, dans des conditions contrôlées. A cause de la surmédicalisation, ajoute encore Sheila Kitzinger, la salle de naissance est de plus en plus considérée comme une salle de torture par certaines parturientes.

Le dialogue: clé du problème

Chez nous, l'enquête que nous avons mené auprès des obstétriciens, tend à prouver que ceux-ci ont une approche pragmatique. La plupart voient leur rôle comme celui d'un conseiller. Il s'agit d'exposer à la patiente les faits et les risques des deux options, de dire son sentiment personnel et de laisser la femme décider, en toute connaissance de cause. Dans le contexte médical actuel, où la tendance est à impliquer de plus en plus le patient dans le processus de décision, avec en toile de fond le droit au patient à l'autonomie et au choix, la clé du problème est sans conteste aucun l'ouverture au dialogue, dans ce domaine-là aussi. Rien ne sert de renvoyer brutalement une femme qui demande une césarienne sans indication médicale: elle ira simplement voir un confrère plus «compréhensif».

Mieux vaut l'écoute attentive, pour déceler les peurs réelles et pouvoir en parler. Un médecin français dévoile par exemple son «truc» sur Internet: il accepte systématiquement toutes les demandes de ce type, lesquelles sont souvent faites au tout début de la grossesse. Il en discute un peu, essaie de comprendre les motivations de sa patiente et après «il me reste huit mois pour lui expliquer qu'elle peut accoucher par voie basse et la convaincre que cela est mieux» [2].

Terminons sur une boutade du Dr Sylvain Meyer, chef du service de gynécologie de l'hôpital de Morges (VD) cité par l'hebdomadaire *Femina* [14]: «Si les hommes avaient la possibilité d'enfanter (...) le taux de césarienne avoisinerait les 100%». Vraiment? ◀

fant émerge de manière inattendue dans la vie de ses parents, comme il émergera tant de fois lorsqu'il sera malade, triste, préoccupé, ou joyeux. L'irruption de sa naissance n'est jamais que le paradigme de ce qui suivra, et la mère qui n'a pas la disponibilité pour attendre le moment de sa venue au monde devrait repenser longuement à son désir d'enfant.

«Avoir un bébé sans accoucher»... ou encore: allaiter sans donner le sein, être mère sans être dérangée, vivre sans souffrir, sans vieillir, sans mourir? Jusqu'où voulons-nous et pouvons-nous aller?

Viviane Luisier, sage-femme

Cet article a été écrit en réaction à l'article «Un bébé sans accoucher», paru dans *Femina* du 10 décembre 2000, et adapté par notre rédaction.

Bibliographie

[1] R. Al-Mufti, A. McCarthy, N. Fisk: «Obstetricians'personal choice and mode of delivery» in *The Lancet*, vol 347, February 24, 1996, p. 544.
R. Al-Mufti, A. McCarthy, N. Fisk: «Survey of obstretricians'personal preference and discretionnary practice» in *Eur. J. Obstet Gynaecol. Reprod. Biol.*, 1997, 73: 1–4.

[2] Divers débats sur Internet. Voir par exemple en français: www.gyneweb.fr/sources/forum/gynelist/cesar-sans-indic-med.htm

[3] S. Meyer, P. Hohlfeld, A. Russolo, C. Achtari, P. De Grandi: «Birth trauma: short- and long-term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters» in *Br. J Obstet Gynaecol*, à paraître.

[4] M. J. Dickson, M. Willett: «Midwifes would prefer a vaginal delivery», in *BMJ*, 1999, 319, 9th October.

[5] J. Van Roosmalen: «Unnecessary cesarean sections should be avoided», in *BMJ*, 1999, 318; 121.

[6] J.M. Belizàn, F. Althabe, F.C. Barros, S. Alexander: «Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study», in *BMJ*, 199, 319, pp. 1937–1400.

[7] S.F. Murray: «Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study» in *BMJ*, 2002, 321; 1501–1505, decembre.

[8] www.bmj.com/cgi/content/full/320/7241/1072/a

[9] J. Weaver: «Talking about caesarean section» in *MIDIRS, Midwifery Digest*, Dec. 2000, p. 487–490.

[10] S. Clement: «Childbirth on television» in *British Journal of Midwifery*, 1997;5(1), p. 37–42.

[11] AD. Haverkamp, M. Orleans, S. Langendœrfer et al.: «A controlled trial in the differential effects of intrapartum fetal monitoring», in *Am J Obstet Gynecol*, 1979, 134(4), 399–412.

[12] E. Lieberman, A. Cohen, JM. Lang et al.: «The association of epidural anesthesia with cesarean section in low risk women», in *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 172(1), 276.

[13] S. Kitzinger: «The cesarean epidemic in Great Britain», in *MIDIRS, Midwifery Digest*, déc. 1998, 8; 4, 472–474.

[14] A. Bussy: «Un bébé sans accoucher» in *Femina*, 10.12.2000, pp. 12–15.