



**HAL**  
open science

# Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France

Anne-Charlotte Pantelias

► **To cite this version:**

Anne-Charlotte Pantelias. Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-03273713

**HAL Id: dumas-03273713**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03273713>**

Submitted on 29 Jun 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

**Ecole de sages-femmes Hôpital Foch**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**Anne-Charlotte PANTELIAS**

**27 juin 1978**

**Représentations et vécus des femmes face à la  
césarienne en France**

Soutenu le : 30 mai 2018

Directrice de mémoire

Clémence Schantz Inguenault, Sage-femme, sociodémographe,  
chercheuse associée au CEPED UMR 196 - Université Paris Descartes -  
IRD.

Numéro national d'étudiant : 21402321

# **Avertissement**

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je remercie,

Clémence Schantz Inguenault, pour ses conseils avisés, ses encouragements et sa bienveillance au quotidien. Je mesure pleinement la chance qui m'a été donnée de travailler aux côtés d'une personne si inspirante;

Alexandre Dumont, Myriam de Loenzien, Marion Ravit pour la confiance qu'ils m'ont accordée en m'offrant l'opportunité de présenter mes premiers résultats lors d'un colloque international;

Elisabeth Viseux-Whal, pour son soutien et son écoute lors de nos rendez-vous pédagogiques et plus largement à toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de l'hôpital Foch pour leur enseignement de qualité;

Brigitte Neveu et toute l'équipe de l'Institut Mutualiste Montsouris, pour leur implication dans mon projet;

Les patientes, les couples qui m'ont accordé leur confiance en partageant, sans filtres, le temps d'un entretien, une partie de leur histoire intime;

Julien, qui m'a permis de réaliser cette reconversion professionnelle pour devenir sage-femme grâce à son soutien solide au quotidien;

Camille et Louis, à qui je transmets le fruit de ma première recherche en maieutique, en espérant qu'il leur servira de piste de réflexion quand l'heure sera venue pour eux de se lancer sur le chemin de la parentalité ...

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>VI</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>IX</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1 Histoire de la césarienne	1
1.2 La césarienne, un phénomène mondial	2
1.2.1 Etat des lieux dans le monde : un taux élevé et en hausse	2
1.2.2 Etat des lieux en France	4
1.3 Des déterminants multiples et mal connus	6
1.3.1 Les caractéristiques maternelles	7
1.3.2 Les pratiques médicales	7
1.3.3 Une demande des femmes ?	9
1.4 Quelles conséquences ?	10
1.4.1 Conséquences physiques	10
1.4.2 Conséquences psychologiques	11
1.5 Problématique	12
<b>2 MATERIEL ET METHODE</b>	<b>14</b>
2.1 Choix de l'étude	14
2.2 Constitution de l'échantillon	14
2.3 Déroulé de l'étude	15
2.4 Recueil et exploitation des données	18

<b>2.5</b>	<b>Forces et limites de l'étude</b>	<b>19</b>
2.5.1	Le choix de l'étude: l'entretien semi-directif	19
2.5.2	La population cible: les femmes	19
2.5.3	La période des entretiens: proche de l'évènement de la naissance	19
2.5.4	Le lieu de l'enquête: un établissement privé à but non lucratif	19
2.5.5	Le positionnement du chercheur	20
<b>3</b>	<b>RESULTATS ET ANALYSE</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Représentations des femmes</b>	<b>22</b>
3.1.1	La césarienne: une solution de dernier recours	22
3.1.2	La césarienne: une décision appartenant au corps médical	27
<b>3.2</b>	<b>Demande de césarienne de la part des femmes</b>	<b>29</b>
3.2.1	Une demande marginale	29
3.2.2	Une demande complexe à formuler	29
3.2.3	Une stratégie pour contourner la peur de la voie basse	30
3.2.4	La peur de la voie basse, une fatalité ?	31
<b>3.3</b>	<b>Vécus des femmes</b>	<b>33</b>
3.3.1	Une expérience difficile pour la majorité	33
3.3.2	Désirée , la césarienne est une expérience positive	35
<b>3.4</b>	<b>Facteurs qui influencent le vécu</b>	<b>36</b>
3.4.1	L'entourage	36
3.4.2	Le moment de la prise de décision	38
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b>	<b>44</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>46</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>49</b>

## Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien pendant la grossesse .....	49
Annexe II : Guide d'entretien après une césarienne.....	50

# Résumé

## Introduction / Objectifs

En France, le taux de césarienne a doublé en 20 ans et depuis 2003 il s'est stabilisé autour de 21%. L'objectif de cette étude est de comprendre cette spécificité française en explorant les thèmes suivants : la perception et le vécu de cette voie d'accouchement, ainsi que l'existence ou non d'une demande de césarienne de la part des femmes.

## Matériel et méthodes

26 entretiens qualitatifs semi-directifs ont été menés à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, auprès de 7 patientes en fin de grossesse et 19 patientes ayant accouché par césarienne. Ces entretiens ont été analysés par thématique après avoir été retranscrits.

## Résultats

Il ressort des entretiens que la césarienne est majoritairement perçue par les femmes comme une solution de dernier recours. Elle peut entraver l'estime de la femme, qui se sent incapable de mettre au monde son enfant sans aide médicale. Elle impacte également la qualité de la relation entre la mère et son enfant, notamment à cause du temps de séparation, bien que cela soit compensé par le moment privilégié offert au père à ce moment-là. Certaines femmes voient la césarienne comme un moyen d'échapper aux douleurs de l'accouchement par voie basse, d'autres la perçoivent comme plus douloureuse. Certaines patientes vivent sereinement leur césarienne, notamment quand elles ont y été préparées en cours de préparation à l'accouchement. Elles reconnaissent être ambivalentes, à la fois conscientes de l'importance d'être préparées à cette éventualité mais considèrent ce thème comme anxiogène et ne souhaitent pas nécessairement plus de détails durant ces séances. Quant à la sexualité, il semble que ce facteur influence peu l'image que les femmes se font de la césarienne en France. Concernant la demande d'une césarienne à

l'initiative des femmes, celle-ci est marginale. Quand elle existe, elle n'est pas assumée par les couples. La patiente craint d'être jugée par le corps médical et que le suivi de sa grossesse en pâtisse. Le niveau de confiance vis-à-vis du corps médical est tel que la majorité des patientes adhère à la recommandation du médecin qui selon elles, a la compétence nécessaire pour choisir la voie d'accouchement. Cependant, elles veulent être impliquées dans la décision, mais il s'agit là plus d'un élément de forme que de fond. Deux éléments clés semblent permettre à la femme de bien vivre la césarienne : l'attitude bienveillante de l'équipe médicale pendant l'intervention chirurgicale, ainsi que la présence du père.

### **Conclusion**

En France, les femmes préfèrent majoritairement accoucher par voie basse plutôt que par césarienne. Le corps médical bénéficie d'un véritable « capital confiance » de la part des patientes. L'attitude des soignants, en France, fait donc office de rempart face à une demande émergente de césarienne. Afin que les femmes puissent la vivre comme un accouchement et non pas uniquement comme un acte chirurgical, il serait judicieux que tous les acteurs de la périnatalité se réunissent pour réfléchir à humaniser davantage cet acte chirurgical.

**Mots-clés** : Césarienne, Santé maternelle, Vécu, Déterminants, France

# Abstract

## Introduction / Objective

In France the caesarean section rate doubled in twenty years and is stable since 2003 at about 21%. This review aims to understand the French distinctiveness, by exploring the following topics: the perception and the real experience of this way of delivery, and if there is a real a wife demand for the caesarean.

## Methods

26 semi-leading qualitative interviews have been led in the Institut Mutualiste Montsouris in Paris. Among 7 patients close to delivery and 19 who had delivered by caesarean section were interviewed. They have been transcribed and analysed by themes.

## Results

We can resume that caesarean is considered by women as the last issue. Woman esteem feel damaged as they were unable to deliver alone, without medical assistance. Furthermore cesarean may impact the relationship with their child due to the separation, even if it is fully appreciated that father can have special time with the baby. Some of them consider caesarean as a way to avoid pains, others perceive it more painful. Some of patients experience caesarean with serenity when it is prepared. They recognize to be ambivalent knowing the importance of the preparation but considering it stressful and they avoid details during the preparation. Regarding sexuality, it does not seem to influence the idea of women have about caesarian in France. Concerning the choice from women to have caesarian, it is marginal. And not assumed by couples if requested. The patient fears to be judged by the medical profession and finally having negatives consequences in their pregnancy monitoring. Patient's confidence in medical profession is high and the majority follows doctor's recommendations: even if it is well appreciated to be involved in the decision, Doctors have the competences to decide. Two elements

seem to allow women to have a good caesarian experience: a supportive attitude from the medical profession during the surgery, and the involvement of the future dad.

### **Conclusion**

In France women prefer in majority a normal delivery than a caesarian. They trust medical profession. It means that the medical profession approach is an answer to the increase of the caesarian demand. To be experienced as a real delivery, and not only as a surgical procedure, it would be helpful that all the perinatal medical professionals think together about how to humanize this surgical procedure.

**Keywords :** Caesarian, Maternal health, experience of childbirth, Determinants, France

# 1 Introduction

## 1.1 Histoire de la césarienne

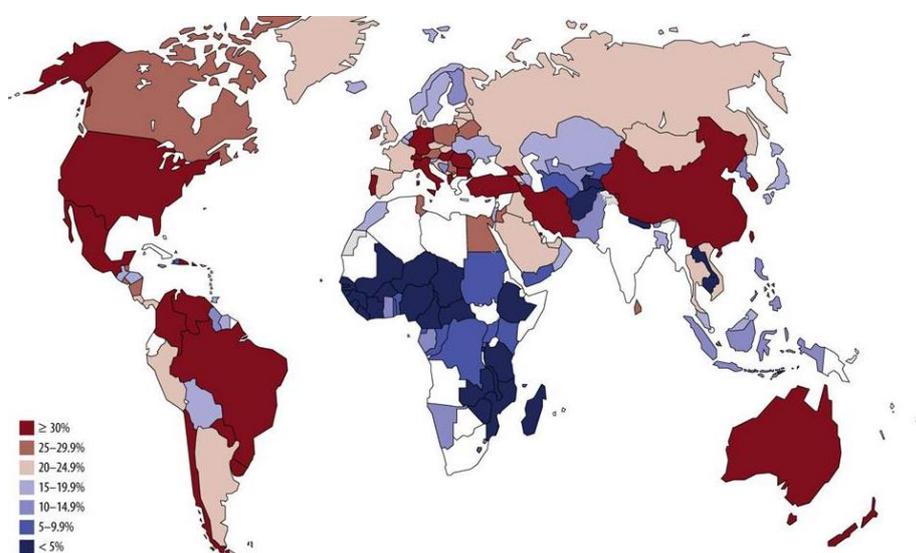
Le mot césarienne dérive du latin « caesar » qui signifie enfant tiré du ventre de sa mère par incision, prenant ses racines du verbe latin « caedere » qui signifie couper. Beaucoup pensent que l'origine de ce mot dérive de Jules César dont la mère serait morte en lui donnant naissance par césarienne. Mais tous les historiens s'accordent à dire que ce célèbre général Romain n'est pas né de la sorte, puisque sa mère était encore vivante au début de sa vie publique, et qu'on ne retrouve aucune source de la part d'auteurs sur un fait qui aurait été aussi exceptionnel (Houtzager, 1982). Nous ne saurons très probablement jamais avec certitude quelle est l'origine exacte du mot "césarienne". Ce terme a été utilisé pour la première fois par François Rousset en 1581 dans un livre intitulé *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou Enfancement caesarien* (Delotte et al., 2007). En 2016, l'encyclopédie médico-chirurgicale définit la césarienne comme une intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer l'ouverture de la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide, afin d'en extraire le fœtus vivant, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles (Encyclopédie médicale, 2016). La césarienne est une des interventions les plus anciennes réalisées par l'homme. Son histoire est à l'image des soubresauts intellectuels des différentes époques traversées. Sa fréquence, sa morbidité et sa technique ont ainsi évolué au gré des découvertes médicales. Post mortem, elle était réalisée par désespoir, par curiosité ou pour des motifs religieux. Sur une femme vivante, elle est d'abord réalisée pour une envie de progression médicale puis, enfin, pour améliorer le pronostic fœtal ou maternel. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la césarienne est restée une opération d'exception. De nos jours, cette intervention qui envoya à la mort de nombreuses femmes est parfois réclamée pour convenance personnelle. Ainsi, si la césarienne a accompagné les hommes depuis la naissance de la médecine, elle se trouve encore au centre des débats de sociétés les plus actuelles.

## 1.2 La césarienne, un phénomène mondial

### 1.2.1 Etat des lieux dans le monde : un taux élevé et en hausse

En 2011, 31,2% des naissances ont été réalisées par césarienne, dans 21 pays (versus 26,4% en 2004), cette proportion masquant de fortes variations entre pays : le taux de césarienne était de 40% dans les pays à haut indice de développement humain (le Japon faisait exception avec un taux de 18,6% et en baisse) et de 20,3% dans ceux à faible indice de développement (Vogel et al., 2015).

Césarienne dans le monde en 2013 (taux populationnels) :



Source : Harrison et al., 2016

Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. En 1985, l'OMS recommandait un taux de césarienne de 15% des naissances pour un résultat optimum en termes de mortalité et morbidité maternelle et foetale. En deçà de 5%, le taux est associé à un faible suivi de la grossesse et de l'accouchement, et à un déficit d'accès à des services de santé. Au-delà de 15% de naissances par césarienne, il y a suspicion de pratiques abusives, de prescriptions pour d'autres raisons que sauver des vies (OMS, 2015).

Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile (OMS, 2015). La communauté internationale a évoqué, à maintes reprises, la nécessité de reconsidérer le taux de césarienne recommandé en 1985 (OMS, 2015). En 2015, l'OMS a réalisé une revue systématique des études disponibles visant à déterminer le taux de césarienne idéal dans un pays donné, et une analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. L'OMS est parvenue aux conclusions suivantes : la césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale. Au niveau de la population, les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale. Les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin. L'OMS affirme donc qu'il n'existe aucun bénéfice pour la société à réaliser cette opération dans plus de 10% des accouchements en raison des risques intrinsèques et des coûts associés à cette chirurgie (OMS, 2015).

Mais déterminer les césariennes injustifiées s'avère complexe. Depuis 2015, l'OMS retient la classification de Robson qui permet d'identifier les groupes de femmes qui contribuent le plus au taux global de césariennes et donc de cibler les groupes où des améliorations sont possibles pour réduire les taux. De plus, cette classification doit permettre d'harmoniser les comparaisons en matière de césarienne.

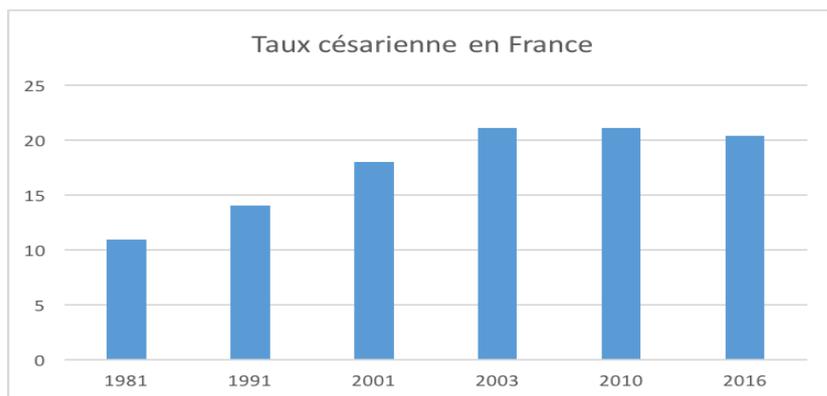
Ainsi, non seulement les situations sont très diverses, mais leur appréciation est sujette à controverse.

## 1.2.2 Etat des lieux en France

### 1.2.2.1 Un taux stable, une spécificité française

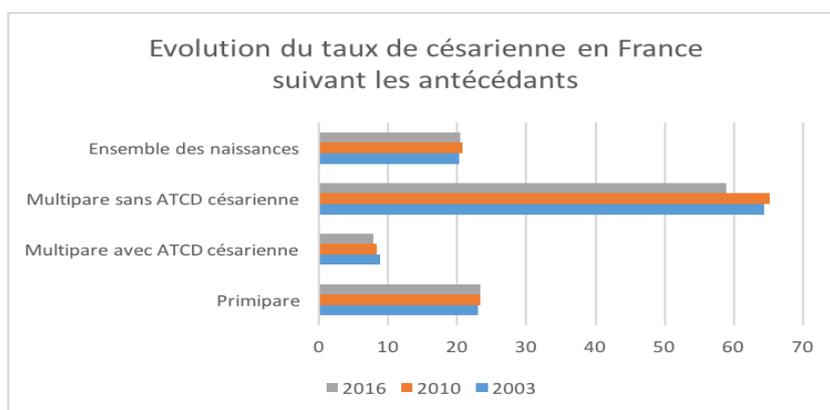
Dans ce contexte international, la France se distingue par un taux stable depuis 2003 autour de 21% après avoir quasiment doublé entre 1980 et 2003. Une naissance sur 5 (20,4%), a donc lieu par césarienne en France (Blondel et al., 2016).

Pourcentage de césariennes en France par rapport à toutes les naissances :



Source : *Enquête Nationale Périnatale 2016 (Blondel et al., 2016).*

Ce résultat est probablement le reflet d'une attitude générale en France tendant à limiter la réalisation de cette intervention. Une diminution récente du nombre de césariennes est observée principalement chez les multipares ayant un utérus unicatriciel, chez lesquelles cette fréquence est passée de 57,5 % en 2010 à 50,2 % en 2016, en cohérence avec les recommandations professionnelles de 2012 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (Blondel et al., 2016).



Source : *Enquête Nationale Périnatale 2016 (France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes) (Blondel et al., 2016).*

Les césariennes programmées représentent 11% de la totalité des césariennes ; 28% d'entre elles ne seraient pas médicalement justifiées et seraient potentiellement évitables si les recommandations françaises pour la pratique clinique étaient mieux respectées (Coulm et al., 2014-a). Les césariennes avant travail pour présentation du siège et pour un antécédent de césarienne contribuent majoritairement à ces césariennes inutiles.

### **1.2.2.2 De fortes disparités**

Des disparités géographiques mais également entre établissements sont constatées. Le taux de césarienne est plus élevé dans les hôpitaux de niveau 3, les établissements privés ou situés en Ile-de-France. Le taux de césarienne est plus élevé en Ile-de-France que dans les autres régions : 22,7% dont 7,5% de césariennes programmées. Si les établissements de type 3 réalisent en moyenne plus de césariennes car ils sont amenés à traiter plus de situations à risques, pour une patiente ayant le même facteur de risque, on constate un écart de 10 points de plus en type 1 versus type 3, il serait donc probable que les maternités ne disposant pas en permanence de toutes les ressources humaines et techniques nécessaires pour faire face à l'urgence, principalement les établissements de type 1, pratiquent des césariennes dites de « sécurité ». (Coulm et al., 2014-a).

Le lieu d'accouchement en France a fortement évolué depuis 2010. Les accouchements ont lieu le plus souvent en secteur public dont la part est passée de 64,1% en 2010 à 69,2% en 2016. Le nombre de maternités du secteur privé s'est stabilisé entre 2010 et 2016, après la diminution observée au cours des périodes précédentes de 33,8 % à 28,2 % entre 2003 et 2010 (Blondel et al., 2016). Le taux de césarienne est plus élevé dans le secteur privé (11,9%) que dans le secteur public (9,5%). La crainte du risque médico-judiciaire pourrait être plus forte dans les maternités privées, et amènerait les praticiens à pratiquer plus facilement une césarienne, afin d'anticiper des risques potentiels. En France, ces pressions seraient plus importantes en médecine libérale, puisque c'est le médecin lui-même et non pas l'établissement, comme dans le secteur public, qui endosse la responsabilité

médicale et encourt une condamnation en cas de poursuites. Le gain de temps apporté par une césarienne pourrait également permettre à l'obstétricien de mieux gérer son temps de travail, car il est souvent amené à réaliser des consultations parallèlement à son activité en salle de naissance, parfois même en dehors de la maternité. Par-ailleurs, dans le secteur privé, l'obstétricien assure le plus souvent seul le suivi d'une patiente, avec laquelle il peut avoir une relation plus individualisée que dans le secteur public ; les praticiens du secteur privé pourraient, par exemple, accéder plus facilement aux demandes des femmes qui souhaitent une césarienne, même en dehors de toute indication médicale (Coulm et al., 2014-a). De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles est plus fréquente dans les maternités de grande taille. 50 % des maternités de moins de 500 accouchements contre 81 % des maternités de plus de 3 500 accouchements rapportent évaluer régulièrement des pratiques ciblées au cours de réunions spécifiques concernant par exemple le bien-fondé de la pratique des césariennes avant travail (Blondel et al., 2016). Enfin, les sages-femmes, qui auraient une approche moins interventionniste de l'accouchement que les obstétriciens, réalisent moins souvent les accouchements dans les établissements privés (57 % en cas de voie basse spontanée) que dans les établissements publics (95 %) (Blondel et al., 2016). L'ensemble de ces motifs contribue à expliquer ces disparités.

Le taux de césariennes en France masque donc de fortes disparités à la fois géographiques et entre établissements. Avec un taux de césariennes autour de 21 %, la France se trouve donc parmi les pays avec un taux plutôt bas et stable depuis 10 ans, alors que celui-ci a tendance à augmenter dans beaucoup de pays européens.

### **1.3 Des déterminants multiples et mal connus**

L'augmentation puis la stabilisation du taux de césarienne en France résulte de l'interaction de multiples facteurs médicaux et non médicaux. Ces raisons ne sont pas toutes comprises aujourd'hui. Comprendre les raisons demeure complexe, car plusieurs facteurs interviennent.

### **1.3.1 Les caractéristiques maternelles**

Cette augmentation est expliquée, en partie, par une modification des caractéristiques maternelles, notamment un âge de plus en plus avancé, exposant les patientes à plus de risques (Coulm et al., 2012). Deux caractéristiques maternelles sont préoccupantes car elles représentent des facteurs de risque pour la santé des mères et des enfants, mais aussi pour la césarienne, et ont tendance à devenir plus fréquentes en France, comme dans les autres pays européens. La première est l'augmentation du pourcentage de femmes de 35 ans et plus (passant de 15,9% en 2003 à 21,3%, en 2016). La deuxième est l'augmentation de la proportion de femmes obèses (Indice de Masse Corporelle > 30 ; passant de 7,4% des femmes enceintes en 2003 à 11,8 % en 2016) (Blondel et al., 2016).

### **1.3.2 Les pratiques médicales**

La césarienne joue un rôle important dans l'économie de la santé ; une césarienne est un acte mieux coté et rémunéré. Elle nécessite l'usage de quantités plus importantes d'anesthésiques, de produits pharmaceutiques et induit également une durée de séjour plus longue. Tout cela représente des sommes non négligeables au bénéfice des équipes médicales, de l'industrie pharmaceutique et des établissements hospitaliers (Blondel et al., 2010). Cependant, si l'analgésie péridurale est employée en cas d'épreuve du travail, les dépenses totales excèdent le coût de la césarienne programmée de presque 10% et le coût d'un échec de l'épreuve du travail est beaucoup plus important que celui de la césarienne programmée (Rozenberg, 2004).

D'autre part, les raisons pour poser une indication de césarienne se sont multipliées. Les accouchements potentiellement dystociques sont mieux détectés du fait des progrès médicaux. Les problèmes sont anticipés, ce qui favorise l'intervention chirurgicale. Les recommandations professionnelles dans ce domaine constituent un guide pour la pratique tout en laissant une large place à l'appréciation médicale pour juger des risques encourus dans le contexte précis de chaque accouchement.

En 1916, lors d'une conférence à New York, Edward Craigin énonce qu'après avoir accouché une fois par césarienne, les accouchements suivants devront toujours se

faire par césarienne. Cette préconisation a été érigée en dogme ; ancien d'un siècle, il est toujours d'actualité dans certains pays alors que les techniques chirurgicales ont nettement progressé (en cas de césarienne antérieure, 79% des accouchements se font par césarienne selon l'enquête global survey on maternal and perinatal health in latin America, 2005, et près de 85% au Bénin et au Mali (Schantz et al., 2018)). Comme le souligne Camille Le Ray (2018), un des enjeux en France pour baisser le taux de césarienne serait de diminuer les césariennes chez les primipares à bas risque qui représentent « les utérus cicatriciels de demain ». La recrudescence d'indications de césarienne lors du premier accouchement agit incontestablement comme un accélérateur de sa diffusion.

Enfin, l'avènement du devoir d'information dans les situations à haut risque obstétrical comme l'utérus cicatriciel contribue à l'augmentation globale du taux de césariennes par une recrudescence des césariennes itératives. En effet, devant une alternative dont les choix exposent, de toutes façons, la patiente à des complications potentiellement graves (hémorragie grave ou rupture utérine avec risque de mort néonatale), les femmes choisiront le mode d'accouchement le plus sûr pour leur enfant et donc opter pour la césarienne. Le principe de devoir d'information est une ouverture, vers « le principe de préférence », qui consiste à donner une place importante au choix de la patiente elle-même dans le processus de décision, et donc à lui reconnaître le « droit » à une césarienne (Rozenberg, 2004).

Par-ailleurs, la crainte des plaintes médico-légales s'est diffusée. Dans une perspective de « médecine de précaution », au moindre risque la césarienne est préférée. La question « une césarienne aurait-elle amélioré les chances du le nouveau-né » est sûrement la plus fréquemment posée aux experts en cas de plainte. Après un événement dramatique (dystocie des épaules, mort foetale en cours de travail) on peut observer que le taux de césariennes de l'obstétricien augmente de 37% pour les 50 accouchements suivants (Cesarine, 2016). Tout ceci contribue à faire de la césarienne une garantie de sécurité pour la naissance auprès de l'opinion publique.

### **1.3.3 Une demande des femmes ?**

D'après la méta-analyse de Mazzoni et al. (2011) 15,6% des femmes préféreraient accoucher par césarienne. Le taux de césarienne ne peut pas être uniquement expliqué par une offre médicale avec des sages-femmes et obstétriciens qui influenceraient les femmes dans leur décision ou non d'accoucher par césarienne. D'autres facteurs entrent en compte, un de ces facteurs serait l'émergence d'une demande de césarienne par les femmes elles-mêmes (Robson, 2001). Des auteurs ont voulu déconstruire cette demande dans différents pays du monde.

Deux études n'arrivent pas aux mêmes conclusions. D'après une revue de la littérature publiée en 2014 par Brugeilles (2014), dans le monde, les femmes seraient de plus en plus nombreuses à demander « une césarienne de convenance », un accouchement par césarienne sans lien avec une cause médicale. La peur de l'accouchement serait au cœur de leur demande. Avec une césarienne, l'accouchement, événement douloureux et imprévisible, est maîtrisé. Accoucher de façon sûre, contrôlée, dans le calme et assurer la sécurité du bébé serait une attitude responsable. Des raisons de préservation physiologique peuvent être aussi évoquées, notamment en Amérique latine avec des craintes d'incontinence, de déformation du vagin. Des raisons pratiques peuvent également être à l'origine de la demande (assurance de la présence du père, organisation de la garde des enfants). Dans une autre revue de la littérature publiée en 2007 par Gamble, l'auteur constate que la demande de la mère n'est pas un facteur important qui influence les taux de césarienne mais que faire valoir la préférence des femmes pour une césarienne est l'occasion de transférer une responsabilité sur les femmes. Il existe un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins. Selon l'auteure, les recherches sur la prise de décision d'une césarienne ne tiennent pas compte de la façon dont les soins sont offerts, ni des interactions entre les femmes et les praticiens. Il serait donc pertinent d'accorder une attention particulière aux attitudes des médecins et au fonctionnement des systèmes de santé pour abaisser les taux de la césarienne.

Dans une revue de littérature incluant 41 références publiées entre 2000 et 2017, Schantz (2017) a analysé les méthodes et indicateurs utilisés pour mesurer la demande de césarienne. Sur 41 études, seules 9 employaient une cohorte

prospective, seule méthode permettant de faire le lien entre la préférence de la voie d'accouchement pendant la grossesse et les césariennes effectuées à la demande. Ainsi des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer le rôle des femmes dans la prise de décision concernant le mode d'accouchement.

En France la littérature est très limitée sur ce sujet. D'après l'étude de Coulm et al. (2014-b), les césariennes à la demande de la mère étaient rares, par rapport à la fréquence rapportée dans d'autres pays. Leur nombre est probablement sous-estimé, étant donné que les obstétriciens ont tendance à signaler des indications médicales justifiant toutes les césariennes et se protégeant légalement. Les obstétriciens français semblent être moins disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle que leurs homologues dans d'autres pays européens. L'attitude paternaliste des obstétriciens français, comparés à leurs collègues européens, laisserait moins de place à une décision partagée et basée sur une information détaillée concernant les risques et bénéfices de la césarienne sur demande (Habiba 2006).

Il existe peu de recherches en sciences sociales pour comprendre cette demande et les recherches existantes utilisent des méthodologies difficilement comparables. Il paraît donc nécessaire d'approfondir nos connaissances pour la France, pays dans lequel aucune étude n'a été retrouvée.

## **1.4 Quelles conséquences ?**

L'objectif de la césarienne est d'éviter la mortalité et la morbidité de la mère et de l'enfant tout en assurant de bonnes conditions psychologiques à la mère. Il est donc nécessaire d'évaluer les conséquences du recours à la césarienne sur deux aspects de la santé reproductive : somatiques et psychologiques.

### **1.4.1 Conséquences physiques**

En 20 ans, en France, le nombre de décès maternels est passé de 103 à 75 pour 100 000 naissances pour 75 000 césariennes en plus (Cesarine, 2016). Mais ces mères ont-elles été sauvées uniquement grâce à la césarienne ? Ne peut-on supposer que les progrès de l'obstétrique, notamment le passage de l'anesthésie

générale à l'anesthésie locorégionale ainsi que la meilleure gestion du post partum n'ont pas eu un effet certain pour abaisser ce chiffre ? (Cesarine, 2016). La césarienne peut entraîner des complications pour les grossesses suivantes comme la survenue d'une rupture utérine, d'un placenta accreta qui peut être à l'origine d'hémorragies graves. L'incidence des placentas accretas est actuellement en augmentation du fait de la hausse du taux de césariennes dans les 30 dernières années (Mazzoni, 2011). Il en est de même côté nouveau-nés, en 20 ans en France le taux de décès est passé de 13 à 5 pour 1000 (enfants morts nés ou décédés avant le 6ème jour de vie) ; mais ont-ils été sauvés uniquement grâce à la césarienne ? La réanimation néonatale, l'équipement des maternités en matériel et la formation du personnel, les techniques de dépistage ont considérablement augmenté. Il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du fœtus se produisant durant un accouchement voie basse jouent un rôle important dans sa maturation pulmonaire et ses réflexes primaires y compris le réflexe de succion. Les nouveau-nés issus de césariennes programmées sont plus à risque de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les autres et nécessitent souvent plus de gestes de réanimation. D'autre part, la mise en place de l'allaitement est plus complexe en cas de césarienne, or les enjeux de l'allaitement maternel en terme de santé publique ne sont plus à prouver (Cesarine, 2016). Naître par césarienne n'est donc pas sans conséquences.

### **1.4.2 Conséquences psychologiques**

Il existe une littérature de plus en plus riche qui témoigne des effets négatifs de la césarienne : perte de confiance en soi, sentiment de ne pas rentrer dans la norme « tu enfanteras dans la douleur », établissement du lien mère-enfant plus complexe. A côté de cela, des femmes évaluent très positivement leur expérience de la césarienne : la césarienne a sauvé leur vie ou celle de leur enfant, leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait sans angoisse et/ou en s'organisant, a préservé la qualité de leur sexualité, leur apporte une fierté avec une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition de leur cicatrice (Brugeilles, 2014).

Les effets des taux de césarienne sur la santé des enfants et le bien-être

psychologique ou social restent à déterminer. De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre les effets de la césarienne sur la santé à court et à long terme (OMS, 2015).

## **1.5 Problématique**

L'augmentation du taux de césarienne dans le monde résulte de l'interaction de multiples facteurs médicaux et non-médicaux. Parmi ces multiples facteurs, il y aurait l'émergence d'une demande de césarienne par les femmes (Robson 2001), mais très peu de recherches ont été menées en France, pays qui a la spécificité d'avoir un taux de césarienne stable depuis 2003. De plus, les recherches sur la prise de décision d'une césarienne ne tiennent pas toujours compte de la façon dont les soins sont offerts, ni des interactions entre les femmes et les praticiens.

Il paraît donc nécessaire d'approfondir ces connaissances en France en mettant en perspective la stabilisation du taux de césarienne avec la perception et le vécu des femmes face à la césarienne, ainsi que leurs interactions avec les soignants. Est-ce pour elles une voie d'accouchement comme une autre ? Ou une intervention médicale ? Dans quelle mesure la perception des femmes, positive ou négative, aura-t-elle une influence, en partie, sur la survenue d'une césarienne ? Quelles relations les patientes établissent avec les praticiens ? dans quelle mesure cette relation influence la prise de décision d'une césarienne ?

Nous nous intéressons donc à la façon dont les femmes françaises se représentent la césarienne et à la façon dont la césarienne est vécue par les femmes qui y sont confrontées, car on peut émettre l'hypothèse que ce vécu alimente en partie les représentations que les autres femmes s'en font.

L'objectif de cette étude est d'améliorer notre connaissance des facteurs déterminants le taux de césarienne en France, en particulier la demande des femmes. Cette connaissance permettra d'élaborer des interventions mieux ciblées afin de réduire ou de continuer à contrôler le taux de césarienne ; mais également d'améliorer notre connaissance des différents facteurs qui conditionnent le vécu d'une naissance par césarienne en France. Cela permettra aux acteurs de la

périnatalité en général, et aux sages-femmes en particulier, garantes de l'accouchement physiologique, de mieux comprendre les besoins des femmes et ainsi leur apporter toute l'enveloppe humaine nécessaire pour mieux les accompagner dans ce moment pivot de leur vie.

## **2 Matériel et méthode**

### **2.1 Choix de l'étude**

De par sa complexité et les aspects multidimensionnels qui la construisent, l'expérience de l'accouchement est difficile à saisir. Ainsi, pour tenter de répondre à la problématique, nous avons choisi de réaliser une étude de terrain avec des entretiens semi-directifs en face à face.

Ces entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (annexes I & II) composé de questions que nous avons posées en adaptant au besoin leur ordre et leur formulation et avec un approfondissement variable des réponses. L'entretien semi-directif comporte 4 phases, la préparation de l'entretien, la réalisation de l'entretien, la retranscription et l'analyse de l'entretien.

Les grands thèmes abordés étaient : la perception de la césarienne, la perception de la relation soignant/soigné, le niveau d'information délivré au sujet de la césarienne, la demande de césarienne, le vécu de la grossesse, de la césarienne, des suites de couche, l'impact potentiel de la césarienne sur le lien mère/enfant, l'estime de soi, la sexualité.

### **2.2 Constitution de l'échantillon**

J'ai choisi de réaliser les entretiens à la fois auprès de patientes en cours de grossesse, peu importe la voie d'accouchement envisagée et également auprès de patientes ayant accouché par césarienne, peu importe qu'elle ait été programmée ou non. J'ai donc rencontré chaque patiente une fois mais à divers moments :

- patientes en fin de la grossesse (à partir de 37 SA), l'objectif étant de les interroger sur leur représentation de la césarienne avant de vivre l'expérience de l'accouchement, dans une période assez proche de la naissance, plus propice à la projection de l'accouchement. J'ai donc proposé un entretien à toutes les patientes

sortant de leur consultation de suivi de fin grossesse ou au cours d'un monitoring du rythme cardio-fœtal aux explorations fonctionnelles lors de mon passage.

- patientes après leur césarienne lors de leur séjour à la maternité, l'objectif étant de les interroger « à chaud » dans cette période qui entoure la naissance. J'ai donc proposé un entretien à toutes les patientes ayant accouché par césarienne et étant dans le service des suites de couches lors de mon passage.

Je n'ai pas réalisé d'entretien auprès de femmes mineures ou ne parlant pas le Français. Les patientes étaient libres de choisir de réaliser cet entretien en présence ou non de leurs conjoints.

Le nombre d'entretiens nécessaire étant difficile à déterminer à priori car dépendant de la richesse du matériel recueilli lors de l'entretien, je m'étais fixé un objectif d'environ 20 entretiens. L'objectif était d'arriver à un effet de saturation, obtenu lorsque de nouveaux entretiens n'apportent pas d'informations supplémentaires.

J'ai obtenu la diversité de l'échantillon de patientes suivants :

Parmi les 7 patientes interrogées au cours de leur grossesse, 3 étaient des primipares, 4 des multipares, dont 2 avec un utérus cicatriciel.

Parmi les 19 patientes interrogées après leur césarienne : 13 étaient des primipares, 6 des multipares dont 4 avec un utérus cicatriciel. 6 césariennes ont été programmées et 13 césariennes n'étaient pas programmées (dont 5 après déclenchement).

## **2.3 Déroulé de l'étude**

Le recueil des données s'est déroulé du 7 juin 2017 au 29 septembre 2017.

Au total, 30 entretiens ont été réalisés. Nous avons pris la décision d'exclure à posteriori de notre échantillon 4 entretiens: 2 car l'entretien a dû être interrompu pour des raisons d'organisation du service et que la durée d'entretien nous a semblé trop courte (entretien 29, post partum 13 minutes et entretien 30, femme enceinte, 5 minutes), 2 car les patientes étaient de nationalité étrangère arrivées depuis peu en

France or notre étude porte sur la France (entretien 7, femme enceinte, Vietnamiene et entretien 25, post partum, Tunisienne).

J'ai donc analysé 26 entretiens :

- 7 auprès de patientes en fin de la grossesse (à partir de 37 SA) dans la salle de monitoring ou dans une salle isolée après leur consultation de suivi de grossesse
- 19 auprès de patientes venant d'accoucher par césarienne, dans leur chambre lors de leur hospitalisation dans le service des suites de couche.

6 entretiens ont été réalisés en présence de leur conjoint. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes. Le plus long a duré 45 minutes, le plus court 15 minutes pour des raisons d'organisation du service. J'ai fait le choix d'être habillée en civile et non en tenue de sage-femme afin que la patiente soit plus libre de parler. En effet, en tenue de sage-femme nous représentons le corps médical ce qui aurait peut-être freiné certaines femmes pour donner les avis sur l'attitude du corps médical.

Les entretiens ont été sollicités en face à face, en me présentant comme étudiante Sage-Femme, réalisant un mémoire de fin d'étude. J'ai expliqué brièvement l'étude, sans préciser l'intitulé exact du sujet, afin de ne pas, par la suite, influencer les potentielles réponses. Après avoir expliqué mon projet, j'ai demandé aux femmes leur accord pour réaliser un entretien d'environ 30 minutes.

La phrase d'introduction auprès des patientes enceintes était la suivante : « Bonjour je suis étudiante sage-femme et je fais mon mémoire de fin d'étude sur la pratique de la césarienne. Je rencontre à la fois des patientes pendant la grossesse, qu'elles aient une césarienne programmée ou pas, et également après l'accouchement mais là que celles qui ont eu une césarienne. Est-ce que ça vous intéresserait d'échanger avec moi sur votre vision de la césarienne ? L'idée n'est pas de répondre à un questionnaire mais de discuter ensemble, une petite demi-heure. Toutes vos réponses resteront bien sûr anonymes, et j'enregistre l'entretien afin de retranscrire exactement ce que vous me dites. »

La phrase d'introduction auprès des patientes ayant accouché par césarienne était la suivante : « Bonjour, je suis étudiante sage-femme et je réalise mon mémoire sur la pratique de la césarienne. A priori on m'a dit que vous pourriez être une candidate potentielle ; seriez-vous intéressée de partager avec moi votre expérience ? L'idée n'est pas de répondre à un questionnaire mais de discuter ensemble, une petite demi-heure. Toutes vos réponses resteront bien sûr anonymes, et j'enregistre l'entretien afin de retranscrire exactement ce que vous me dites. »

Les deux éléments de la technique d'un entretien semi-directif ont été utilisés : la consigne et la relance (JP Olivier de Sardan, 2008). Les consignes utilisées ont été la suivante ; Pour les entretiens auprès des patientes enceintes : « Dans un premier temps je vous laisse vous présenter, m'expliquer ce que vous faites dans la vie, si vous êtes en couple, si c'est un premier bébé, me parler du vécu de votre grossesse ». Pour les entretiens auprès des patientes ayant accouché par césarienne : « Dans un premier temps je vous laisse vous présenter, m'expliquer ce que vous faites dans la vie, si vous êtes en couple, si c'est un premier bébé, me parler du vécu de votre grossesse, ce que vous pensez de la césarienne avant et après l'avoir vécu ».

Cette étude de terrain a été réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), un hôpital privé à but non lucratif, situé dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

Il s'agit d'une maternité de niveau 1 ayant réalisé 2 087 accouchements en 2017. L'IMM semble être un établissement en ligne avec ce qu'il se passe au niveau national, soucieux de limiter des interventions non justifiées. En effet, on constate un taux de césarienne, d'épisiotomie et d'utilisation d'oxytocine pendant le travail proche du taux national.

<b>Indicateur</b>	<b>IMM 2016</b>	<b>France métropolitaine 2016</b>
<b>Taux de césarienne</b>	20%	20,4%
<b>Césarienne pour utérus cicatriciel</b>	69%	50,2%
<b>Taux de déclenchement</b>	29%	22%
<b>Taux de péridurale</b>	93%	82,2%
<b>Taux oxytocine pendant le travail</b>	42,8%	44,3%
<b>Taux épisiotomie</b>	21%	20%

Concernant le profil des patientes dans cet établissement, 42% des patientes ont 35 ans et plus, 41% des patientes sont originaires de France métropolitaine, 21% d'Afrique du Nord.

## **2.4 Recueil et exploitation des données**

Les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits en précisant des éléments de contexte dans lequel s'est déroulé l'entretien. Les 30 retranscriptions figurent dans un fichier à part de ce mémoire.

Nous avons ensuite exploité les données de tous ces entretiens pour réaliser une analyse thématique. Nous avons procédé en deux temps, d'abord une analyse après chaque entretien en le résumant et en identifiant les thèmes importants, puis un traitement collectif des 26 entretiens permettant d'établir des grands thèmes. Les thèmes communs qui ont émergé lors de la lecture des entretiens constituent l'ossature de l'analyse de ce mémoire. Chaque proposition du thème est développée et illustrée par des extraits d'entretiens dont on s'est efforcé de montrer l'interprétation qui en est faite.

Les considérations éthiques et réglementaires ont été respectées ; les règles d'anonymat et de confidentialité ont été respectées, les retranscriptions des entretiens ne comportent pas le nom des sujets. Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé ; les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de l'enquêtée. En application des articles 40-1 et suivants de la loi « informatique et libertés », une autorisation du CNIL a été sollicitée. La recherche est enregistrée sous le numéro 2079345. D'autre part, la recherche s'insère dans un programme de recherche plus large, CESARIA<sup>1</sup>, qui a reçu un accord du CPP Sud Méditerranée IV en août 2017.

---

<sup>1</sup> *CESARIA est un programme de recherche multidisciplinaire et multi-sites visant à identifier les déterminants sociodémographiques de la pratique de la césarienne dans 5 pays du monde : France, Cambodge, Viêt Nam, Mali et Bénin.*

## **2.5 Forces et limites de l'étude**

### **2.5.1 Le choix de l'étude: l'entretien semi-directif**

Cette étude, fondée sur des témoignages de patientes, permet de partir de leur point de vue en s'appuyant sur leur libre expression et non simplement de répondre à des questions plus ou moins fermées. Nous pouvons donc obtenir des informations et des avis sur des thèmes préalablement établis, comprendre l'opinion de l'enquêtée, approfondir des points importants mais aussi mettre en place une démarche participative. L'exploration des thèmes peu étudiés à date, comme par exemple la demande des femmes d'une césarienne de convenance devient réalisable. Elle ne vise donc pas à mesurer l'ampleur de ce phénomène en termes quantitatif.

### **2.5.2 La population cible: les femmes**

Même si la présence des pères était possible lors de nos entretiens, l'étude porte sur les représentations et les vécus des mères uniquement. Si les conséquences psychologiques commencent à être recherchées et évaluées chez les femmes, elle l'est rarement chez les hommes. Pourtant les pères sont susceptibles d'être impactés de manière similaire par leur propre expérience de cet événement (Kirstie et al.,2015). Dans le futur, il serait donc également pertinent d'élargir ce travail auprès des pères.

### **2.5.3 La période des entretiens: proche de l'évènement de la naissance**

Recueillir le témoignage des patientes dans une période proche de l'évènement de la naissance a l'avantage d'éviter un biais de mémoire, en revanche cela ne permet pas aux patientes d'avoir eu le temps de prendre du recul sur leur vécu.

### **2.5.4 Le lieu de l'enquête: un établissement privé à but non lucratif**

Cette étude a été réalisée dans un seul établissement, ayant un statut d'hôpital privé à but non lucratif ; les médecins sont donc salariés et ne pratiquent pas de

dépassement d'honoraire. Or nous savons que la politique vis à vis de la césarienne diffère d'un établissement à un autre, notamment en fonction du statut, dans le futur, il serait donc également intéressant de réaliser également l'étude dans un autre établissement, privé par exemple.

### **2.5.5 Le positionnement du chercheur**

Avant de se lancer dans un travail de mémoire, il est nécessaire de prendre le temps de se poser sur ses préjugés sur le sujet étudié et d'avoir conscience de l'image que l'on renvoi. L'objectif est de prendre conscience des éléments qui pourraient biaiser les entretiens afin de les intégrer et d'objectiver sa subjectivité :

- Les préjugés peuvent amener le chercheur à induire les réponses aux personnes sollicitées et à impacter l'analyse des réponses
- L'image (les caractéristiques personnelles), que le chercheur renvoi aux personnes sollicitées pourrait influencer leur réponse

Pour être en mesure d'accueillir les couples avec la plus grande écoute, neutralité et ainsi délivrer un travail fiable, crédible de qualité, cette étape préalable d'écriture de mon équation personnelle a donc été indispensable. Mère de jumeaux, une des premières question-affirmation que l'on me pose souvent est « tu as accouché par césarienne avec des jumeaux non ? » avec une certaine compatissance dans le ton et l'expression de leur visage, comme si c'était une triste fatalité d'accoucher par césarienne lors d'une grossesse gémellaire. Suite à ma réponse « non par voie basse », les gens me répondent le plus souvent avec surprise « ah c'est rare, tu as eu beaucoup de chance ». « Par voie basse, ah c'est vraiment top parce que tu serais passée à côté de quelque chose avec la césarienne ! ». Ces indécidesses m'ont donné le sentiment que si j'avais accouché par césarienne, je n'aurais pas été « une vraie femme », que je n'aurais pas fait partie de leur « clan ». J'ai pris conscience à cet instant de ce que pouvait ressentir une femme n'ayant pas connu un accouchement voie basse si telle était sa volonté et qu'il serait important de rester neutre car c'est un sujet très personnel. Je pense que j'aurais mal vécu un accouchement par césarienne tant pour moi la mise au monde est la partie de la maternité la plus marquante. Dans ce contexte, comment rester neutre face à des couples qui n'ont pas mon point de vue ? Comment ne pas les influencer

indirectement à attendre d'eux un mauvais vécu de cet accouchement par césarienne ? Comment entendre que pour certaines femmes peu importe la voie d'accouchement pourvu que tout le monde aille bien ?

Depuis que j'exerce ce métier, j'ai découvert la diversité avec laquelle on pouvait accueillir un enfant ; J'ai appris à ne pas porter de jugement. J'ai tendance à penser que l'accouchement voie basse est la voie royale, mais c'est mon avis, mon histoire qu'il a fallu mettre de côté pendant ces entretiens. C'est aussi pourquoi ce sujet m'intéresse. Il m'a permis de me pousser dans mes retranchements et découvrir, au cours des échanges avec les couples des ressentis, des systèmes de valeurs différents du mien. J'ai conscience que l'image que j'ai renvoyée pendant les entretiens peut avoir un impact sur les réponses que les couples m'ont donnée. Je suis une étudiante, femme, mère, 38 ans, je pense avoir un physique « neutre », plutôt avenante dans mon attitude. D'après S. Beaud dans le « Guide l'enquête terrain » (2010), le statut d'étudiant est idéal pour enquêter « Ce terme rassure, les gens souhaitent vous rendre service et vous pardonneront des erreurs (à condition qu'elles ne soient pas grossières) car l'étudiant est en situation d'apprentissage. » Mais qu'en est-il d'une étudiante ayant un âge avancé ? L'âge m'a peut-être apporté plus de crédibilité, mais a peut-être engendré une peur de jugement de leur part.

# 3 Résultats et analyse

## 3.1 Représentations des femmes

### 3.1.1 La césarienne: une solution de dernier recours

#### 3.1.1.1 Un acte chirurgical

Il ressort de nos entretiens que la césarienne est majoritairement perçue comme une solution de dernier recours « quand on a pas le choix de faire autrement », les femmes ne parlent pas de la césarienne comme une voie d'accouchement comme d'une autre mais comme un acte chirurgical. Il existerait une sorte de hiérarchie de la voie d'accouchement : « *Quand j'ai dit à d'autres femmes que j'allais avoir une césarienne, c'est marrant parce qu'elles ont osé me le révéler, ma collègue de travail en avait jamais parlé avant* » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « *la césarienne c'est comme si on me retirait mon accouchement* » (entretien 4 postpartum, 30 ans) ; « *le fait de se faire ouvrir, que ce soit une opération* » ... « *On a plus l'impression d'être maman quand on accouche par voie basse* » (entretien 8, femme enceinte, 38 ans) ; « *autant laisser faire la nature, si ça passe par voie basse tant mieux* » (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; « *c'est comme si vous n'aviez jamais accouché de votre vie* » (entretien 13, postpartum, conjoint) ; « *c'est quelque chose qu'on ne décide pas* » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; « *moi accoucher naturellement j'en faisais carrément un objectif...j'avais pas envie qu'on m'ouvre* » (entretien 15, postpartum, 33 ans) ; « *je préférerais un accouchement par voie basse parce que je n'ai pas envie d'un geste médical et que si la nature fait que ça peut marcher comme ça tant mieux* » (entretien 17, femme enceinte, 38 ans), « *parce que je suis trouillarde des opérations, j'en ai eu aucune dans la vie...c'est le côté bloc* » (entretien 24, femme enceinte, 31 ans) ; « *c'est vraiment en cas de dernier recours, c'est comme cela qu'on le présente, on peut pas arriver et demander un accouchement par*

*césarienne, quand on le demande on est hors norme » (entretien 28, postpartum, 38 ans).*

Quelques femmes expriment tout de même une vision plutôt positive de la césarienne, une façon d'échapper à l'accouchement voie basse : *« l'enfant souffre moins parce qu'il y a moins d'attente, qu'il n'y a pas ce passage » (entretien 10, femme enceinte, 32 ans) ; « c'était un stress et un soulagement en même temps car j'allais m'échappée de l'accouchement par voie basse, l'épisiotomie me faisait très peur » (entretien 11, postpartum, 29 ans) ; « il n'y a pas de trophée à avoir mal et puis je pense que c'est plus sur même si après on se fait un peu charcuté mais c'est plus sur ... puisque dès qu'il y a un problème par voie basse on opte tout de suite pour la césarienne donc c'est bien que c'est le bon plan B [...] la voie basse ça reste un grand mystère pour moi ... l'ouverture est quand même impressionnante, je me dis que ce n'est pas possible » (entretien 12, postpartum, 35 ans).*

D'autres ont une vision ni positive ni négative, pour elles, il s'agit simplement d'une possibilité, d'un moyen d'accoucher : *« J'étais préparée à la césarienne, je me disais, si tout le monde va bien au final c'est pas grave » (entretien 2, postpartum, 36 ans) ; « l'important était que tout le monde aille bien, césarienne voie basse peu importe » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « que ce soit voie basse ou césarienne moi, tant qu'il n'y a pas de complications... » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « il y a des avantages et des inconvénients dans les deux...tant que ça met pas en danger l'enfant... » (entretien 9, femme enceinte, 30 ans) ; « je me laissais guider, c'était purement médical...j'ai aucune préférence, je me dis que la voie basse c'est naturel mais que si on me fait une césarienne je m'en fiche complètement » (entretien 10, femme enceinte, 32 ans).*

Enfin, certaines n'ont aucune représentation car n'ont pas envisagé cette voie d'accouchement : *« je n'y avais même pas songé (à la césarienne pendant la grossesse) ! il n'y en avait pas autour de moi, pas dans ma famille (entretien 22, postpartum, 30 ans) ; « jamais de la vie ! pour moi c'était un truc qui m'arriverait jamais » (entretien 23, postpartum, 30 ans).*

### 3.1.1.2 Des représentations qui sont le fruit de nombreux facteurs

#### 3.1.1.2.1 La loi du silence

Dans notre étude, les femmes ont mis en évidence le fait que la césarienne est un sujet rarement évoqué, en anténatal, que ce soit lors des cours de préparation à la naissance ou en consultation. Cela renforcerait l'idée que la voie basse est la norme : « *c'était rapide, combien de jour de séjour mais pas dans le détail* » (entretien 1, postpartum, 36 ans) ; « *ça fait partie des accouchements donc il faut en parler, comme le déclenchement d'ailleurs, on en parle très peu* » (entretien 10, femme enceinte, 32 ans) ; « *Quand je faisais mes cours, la sage-femme disait toujours il ne faut pas penser à la césarienne, c'est le dernier recours* » (entretien 11, postpartum, 26 ans) ; « *la césarienne en elle-même ... on disait peu de choses* » (entretien 17, femme enceinte, 38 ans) ; « *tout été focalisé sur l'accouchement voie basse* » (entretien 27, postpartum, 30 ans).

Les patientes reconnaissent être ambivalentes. Elles sont à la fois conscientes de l'importance d'être préparées à cette éventualité : « *c'était bien, car je pense que c'est très violent si on ne nous en a pas parlé avant* » (entretien 2, postpartum, 36 ans) ; « *le retour de l'entourage peut gâcher ce moment donc c'est important d'y être bien préparée et surtout que l'entourage le soit, parce que ça aurait pu être décevant si on m'avait dit ha c'est une césarienne... j'ai mis un point d'honneur à ce que tout le monde entende le message et leur dire ce que j'avais entendu en cours de prépa , à savoir que ça peut être une césarienne* » (entretien 14, postpartum, 34 ans). Cependant, elles expriment aussi être conscientes que ce thème est anxiogène et que par conséquent elles ne souhaitent pas nécessairement plus de détails : « *on a parlé de la césarienne mais pas trop dans le détail... je pense que c'est bien de le savoir mais est ce qu'on a vraiment envie de le savoir, je ne sais pas...* » (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; « *au lieu de partir sur un accouchement, on part sur une opération. Je le savais mais il ne fallait pas que je l'entende trop* » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; « *je pense que c'est bien de ne pas trop en savoir...* (entretien 15, postpartum, 33 ans).

Un lien semble s'établir entre les connaissances des femmes sur la césarienne et le vécu de celle-ci. Dans notre étude, les femmes expriment l'importance de la préparation: « *La sage-femme nous disait qu'il fallait toujours avoir en tête que tout pouvait se passer, je ne la remercierai jamais assez, ses mots ne me sont pas sortis de la tête pendant la césarienne* » (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; « *J'avais peur, parce que je n'étais pas préparée* » (entretien 12, postpartum, 35 ans, désireuse d'une césarienne) ; « *à partir du moment où j'ai pu mieux comprendre dans quelles conditions on l'a proposé déjà ça a été quelque chose de positif et je me disais ha attention ça peut être une césarienne* »... « *pour moi il y a un grand parallèle entre l'allaitement et la césarienne, pour bien le vivre il faut être bien préparée* » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; « *c'est hyper important, si c'était à refaire j'aurais préféré être préparée* » (entretien 22, postpartum, 30 ans).

#### 3.1.1.2.2 Le manque d'expérience avec le corps médical

Les expériences avec le corps médical jouent également un rôle dans l'image que les femmes se font de la césarienne : « *C'est extrêmement stressant, moi qui n'ai jamais été opérée...* » (entretien 3, postpartum, 38 ans); « *j'ai pleuré tout de suite (à l'annonce de la césarienne)...parce que je n'ai jamais été opérée de ma vie...* » (entretien 4 postpartum, 30 ans) ; « *la césarienne pour moi c'est rien, comme j'ai eu beaucoup d'opérations, retrait d'un kyste aux ovaires, ponctions pour la FIV* » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « *on avait pas peur de la médicalisation de l'accouchement avec la procréation médicalement assistée, sinon...ça doit être un traumatisme de finir par la médicalisation ultime : la césarienne* » (entretien 13, postpartum, 38 ans).

Celles qui ont déjà vécu l'expérience d'une césarienne, n'ont pas plus de faciliter que les autres à se projeter à nouveau dans un accouchement par césarienne.

L'adage « césarienne un jour, césarienne toujours » est-il présent à l'esprit des femmes ? : « *moi je me pose des questions si il doit y voir d'autres bébés, toutes les femmes que je connais et qui ont eu une césarienne ont toutes eu une césarienne*

*après » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « je me trompe peut-être mais c'est une impression que j'ai eu sur les forums que celles qui avaient eu une césarienne en avait après » (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; « (à la question qu'est-ce qui vous fait peur dans la césarienne ?) parce que souvent sur internet on voit que à cause de la césarienne elles n'ont plus pu avoir d'enfants » (entretien 6, femme enceinte, 22 ans) ; « Je ne voulais pas de 3ème du coup ! » (entretien 8, femme enceinte, 38 ans) ; « comme j'ai déjà eu 2 césarienne ce serait forcément une césarienne » ...« c'est une légende urbaine, mais je n'ai pas vérifié » (entretien 12, postpartum, 35 ans, désireuse d'une césarienne).*

Pour conclure, il semblerait que la peur de la césarienne soit exacerbée quand la patiente n'a pas connu l'expérience d'une intervention médicale ; et que au contraire, quand la grossesse a été très médicalisée depuis le départ (parcours de PMA par exemple), l'acceptation d'une issue de grossesse plus médicalisée soit plus facile.

#### 3.1.1.2.3 Les médias

L'influence des médias sur la représentation que les femmes se font de la césarienne est citée de temps en temps mais serait mineure : *« on avait vu un reportage sur arte et on s'était dit que dans la mesure du possible on aimerait éviter la césarienne » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « je me trompe peut-être mais c'est une impression que j'ai eu sur les forums que celles qui avaient eu une césarienne en avait après » (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; « (à la question qu'est-ce qui vous fait peur dans la césarienne ?) parce que souvent sur internet on voit que à cause de la césarienne elles n'ont plus pu avoir d'enfants » (entretien 6, femme enceinte, 22 ans) ; « j'ai vu un accouchement de face à la télé...elle avait l'air de mourir... donc je me suis dit c'est hors de question que quoique soit sorte de là (du vagin) » (entretien 12, postpartum, 35 ans, désireuse d'une césarienne) ; « c'est vrai que de l'avoir vu (une césarienne en vidéo), c'était rapide, je comprenais la démarche, alors je pense que ça m'a aidé (à bien la vivre) » (entretien 21, postpartum, 35 ans).*

#### 3.1.1.2.4 L'influence de l'entourage

Enfin, l'entourage véhicule des images, expériences qui alimentent la représentation de la césarienne : *« quand j'en parlais avec mon entourage, ma sœur, ma mère, elles me disaient surtout écoute bien les conseils de la sage-femme, il faut bien bloquer, souffler et je leur rappelais attention ça peut être une césarienne pour que dans leur esprit aussi elles ne se disent pas, ou que je ne l'entende pas après, ah bah mince c'est une césarienne...le retour de l'entourage peut gâcher ce moment »* (entretien 14, postpartum, 34 ans), *« on nous dit que l'accouchement c'est par voie basse, on est une maman, une femme plus quand on accouche par voie basse, après ce sont des à priori... »* (entretien 28, postpartum,38 ans).

En particulier, l'influence du retour des femmes ayant vécu une césarienne est régulièrement citées : *« notre vendeuse de vin nous a dit que la césarienne c'est vachement bien car préserve notre jeunesse à ce niveau »* (entretien 3, postpartum,38 ans) ; *« que les équipes étaient désagréables, que leur conjoint ne venait pas les aider en suite de couches et qu'avec la cicatrice on ne pouvait pas beaucoup bouger seule...et aussi un a dit que on a percé la vessie de sa femme »* (entretien 4, postpartum,30 ans).

En synthèse, la majorité des femmes ont une nette préférence pour la voie basse. Le fait que la césarienne soit peu ou pas abordée lors de la préparation à l'accouchement, en consultation semblerait expliquer en partie cette image négative que les femmes ont de la césarienne, un accouchement « hors norme ».

### **3.1.2 La césarienne: une décision appartenant au corps médical**

#### **3.1.2.1 Une confiance fondée sur la compétence et le savoir**

Il existe une confiance solide envers l'équipe médicale qui elle, a la compétence. Nous n'avons jamais perçu la moindre méfiance envers les médecins sur la prise de décision, et ce point est partagé par le conjoint. Les femmes se positionnent en infériorité face aux médecins : *« la solution la meilleure des médecins était la meilleure pour moi »* (entretien 3, postpartum,38 ans), *« ce n'est pas à nous de décider je veux accoucher telle date par césarienne ou voie basse, eux, ce qu'ils*

veulent c'est que ce soit le plus naturel possible, ils ne le font pas seulement par convenance » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « je fais confiance aux médecins » (entretien 6, femme enceinte, 22 ans) ; « je fais confiance donc si on me dit non, j'imagine que c'est pour des raisons médicales, j'imagine que ce n'est pas pour me contrarier » (entretien 9, femme enceinte, 30 ans) ; « c'est l'équipe médicale qui décide si je peux accoucher par voie basse, même si j'appréhendais beaucoup l'accouchement voie basse, si l'équipe décide que je peux accoucher je leur fais confiance » (entretien 11, postpartum, 29 ans) ; « même si c'est une bonne expérience, il y a quelque chose qui m'embêterait de choisir une césarienne, pour moi c'est au corps médical de prendre la décision » (entretien 14, postpartum, 34 ans) , « c'est leur boulot, ils le savent plus que moi » (entretien 18) ; « si le médecin me dit de faire ça, je suis le médecin » (entretien 21, postpartum, 35 ans), « j'y connais rien donc je ne suis pas apte à décider » (entretien 24, femme enceinte, 31 ans) ; « Si le médecin dit non (à la césarienne) je trouve ça bien, je serai contente, je me dirai que c'est un médecin qui s'occupe bien de la santé de la maman » (entretien 26, femme enceinte, 38 ans).

Les femmes accordent donc au corps médical une véritable confiance fondée sur la compétence, le savoir et partent du principe que le corps médical adopte une attitude de contrôle des taux de césarienne.

### **3.1.2.2 Mais une volonté d'être impliquée dans la prise de décision**

Les femmes affichent cependant une volonté d'être impliquées dans la prise de décision, mais il s'agit là plus d'une question de forme que de fond : « c'est quand même mon corps, la décision doit être mutuelle » (entretien 17, femme enceinte, 38 ans) ; « J'ai mon mot à dire si je vois qu'il n'y a pas un risque médical prononcé je préfère attendre » (entretien 19, postpartum, 38 ans).

Il semblerait que ce soit plus confortable pour les femmes de ne pas décider. Ne pas avoir cette responsabilité. En synthèse, le corps médical bénéficie d'un capital confiance solide.

## **3.2 Demande de césarienne de la part des femmes**

Compte tenu de ces premiers résultats, une nette préférence pour la voie basse et une confiance solide envers le corps médical, on pourrait émettre l'hypothèse que les femmes sont peu en demande de césarienne si le corps médical a une attitude de contrôle des césariennes.

### **3.2.1 Une demande marginale**

La demande de la césarienne de la part des femmes est marginale en France, mais elle existe cependant. Les femmes jugent négativement celles qui sont en demande de césarienne : *« il y a quelque chose qui m'a étonné, c'est qu'on me demande si je voulais une autre césarienne pour la deuxième fois...je me demandais pourquoi des femmes choisissaient la césarienne surtout après en avoir eu une, parce que les suites sont quand même douloureuses... »* (entretien 2, postpartum, 36 ans) ; *« Franchement c'est horrible ce que je vais dire mais ce sont des lâches »* (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; *« je ne vois pas l'intérêt d'aller se faire charcuter pour aller se faire charcuter ! chacun voit midi à sa porte, après je pense qu'il y a aussi un principe éthique de la part des médecins qui acceptent de rentrer dans le jeu »* (entretien 21, postpartum, 35 ans), *« pour moi c'est une décision qui doit être prise par le corps médical... je me dis que ça peut engendrer d'autres demandes... »* (entretien 24, femme enceinte, 31 ans) ; *« quand on le demande on est hors norme donc j'ai pas envie d'être stigmatisée donc je ne le demanderai pas mais c'est ce que je voudrais au fond »* (entretien 28, postpartum, 38 ans).

En France, les femmes préfèrent donc majoritairement accoucher par voie basse qui reste pour elles « la norme ».

### **3.2.2 Une demande complexe à formuler**

Si les raisons de vouloir une césarienne sont différentes, il y a une constante, c'est la gêne avec laquelle la patiente/le couple en parle, il existe une peur du jugement et d'être mal suivie. Les termes de « rigolade » « boutade » ressortent régulièrement quand elles décrivent la façon dont elles expriment leur demande au médecin/sage-femme : *« on avait abordé le sujet au tout début avec la sage-femme ici en consultation mais limite à la rigolade « est ce que je peux avoir une césarienne pour*

*ne pas souffrir », mais c'était limite une boutade, et elle nous avait dit que non qu'on ne fait pas de césarienne de convenance, ça allait un peu dans le sens de notre pensée »... « les deux dernières personnes qui ont eu un enfant par voie basse ils nous ont raconté des trucs horribles avec épisiotomie et les douleurs d'après, c'est ma femme et je n'ai pas envie qu'elle souffre donc on a posé la question » (entretien 1, postpartum, 36 ans) ; « à un moment, j'étais un peu à bout j'aurais bien voulu avoir une césarienne tout de suite qu'on me donne mon bébé... j'en ai parlé en rigolant, je lui avais dit j'en peux plus faites-moi une césarienne. La sage-femme m'a dit ne vous inquiétez pas ça va bien se passer » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « Je pense que je demanderai la césarienne mais je ne sais pas si ça se fait...est-ce qu'ils vont accepter ? » (entretien 11, postpartum, 29 ans) ; « en consultation avec la sage-femme je l'ai amené de manière un peu marrante, genre petite fille qui a peur, si je pouvais avoir la césarienne ce serait la belle vie" ce à quoi elle m'a répondu en france c'est différent de certains pays où on peut demander sans raison médicale, j'ai dit ah bon mais de façon drôle j'étais très gênée" (entretien 28, postpartum, 38 ans).*

### **3.2.3 Une stratégie pour contourner la peur de la voie basse**

Il semblerait qu'il n'y ait pas derrière une demande de césarienne, une volonté de préserver sa sexualité: « *ah pas du tout pour moi c'est plus handicapant la césarienne à ce niveau car on a une cicatrice » (entretien 10, femme enceinte, 32 ans) ; "pour moi c'est la même chose puisque le bébé passe par le vagin de la femme, qu'il faut un certain temps pour que les choses se reconstruisent, là il n'y passe pas mais en revanche il y a des lésions ouvertes donc je pense qu'il va y avoir une période, tout comme la voie basse, où il va falloir faire très attention pour éviter de réouvrir donc pas vraiment de différence » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; La majorité des femmes disent que cet aspect ne leur a même pas traversé l'esprit: « *je ne m'étais jamais posé des questions là-dessus » (entretien 2, postpartum, 36 ans) ; « alors là franchement c'est un truc qui me...je ne me suis pas posé la question ! » (entretien 23, postpartum, 30 ans). Il en est de même pour l'aspect "pratique" d'un accouchement programmé, le côté imprévisible de l'accouchement fait parti du fantasme de l'accouchement: « *ca me faisait bizarre d'avoir un rdv un jour précis à une heure précise pour donner vie » (entretien 1, postpartum, 36 ans).***

Les femmes souhaitent une césarienne pour échapper au côté douloureux et imprévisible qu'implique l'accouchement voie basse: « *Franchement, je ne vais pas vous mentir, je sais que ça peut choquer mais je préfère la césarienne, la voie basse me fait peur...* » (entretien 28, postpartum, 38 ans). Certaines patientes parlent de conviction qu'elles allaient accoucher par césarienne soit parce que la voie basse leur semble une voie "impossible": « *de toutes façons quelque chose au fond de moi me disait que j'allais avoir la césarienne... je vois pas comment ça aurait pu passer* » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « *il était hors de question que quelque chose sorte de là (du vagin). Dans ma tête c'était programmée comme ça, j'avais déjà peur. C'était complètement stupide mais je n'étais pas préparée à la voie basse* » (entretien 12, postpartum, 35 ans, désireuse d'une césarienne). Soit parce que leur histoire familiale refait surface: « *ma mère elle a accouché de moi, elle a failli mourir et moi aussi, j'avais les épaules coincées ça a été un périple pour me sortir...je ne voulais pas que l'histoire se reproduise, je voulais offrir à mon bébé une arrivée en sécurité* » (entretien 28, postpartum, 38 ans, désireuse de césarienne).

Ces femmes en demande de césarienne sont souvent des femmes focalisées sur le moment de l'accouchement, pas par les suites de couches dont elles disent avoir occulté les potentiels inconvénients post césarienne.

### **3.2.4 La peur de la voie basse, une fatalité ?**

Cette peur, grâce à un échange avec le soignant est levée la plupart du temps.

L'attitude du soignant pourrait donc être un rempart face à une potentielle demande émergente de césarienne de la part des femmes en France. Peut être, car dans certains cas, le désir de césarienne est tellement profond qu'il nécessite de le prendre en compte . Ci-joint le témoignage d'une primipare de 38 ans, professeur des écoles, désireuse d'une césarienne :

*Quand la gynéco mais m'a dit, demander la césarienne sans raison médicale se fait dans certains pays mais pas en France, j'étais dépitée mais bon, la gynéco n'était pas fermée elle m'a dit qu'on en reparlera...le pire, c'est mon rendez-vous avec l'anesthésiste, je lui ai dit que ma fille était en siège donc que ce serait par césarienne, il m'a dit « mais vous ne pouvez pas décider comme ça! » Je me suis*

*tout de suite braquée, j'ai eu l'impression d'être offensée, j'avais envie de fondre en larme. Je lui ai dit « écoutez si je décide de faire la césarienne je ne vois pas pourquoi on m'imposerait autre chose et il m'a dit « ce n'est pas la politique de la maison, on ne décide pas comme cela qu'on veut une césarienne ». J'avais l'impression qu'il me jugeait, comme si je choisissais la solution de facilité, mais derrière ce qu'il ne sait pas, c'est qu'il y a un vécu, ma mère elle a accouché de moi, j'étais en siège, elle a failli mourir et moi aussi, j'avais les épaules coincées ça a été un périple pour me sortir, je crois que j'en ai gardé un traumatisme ... En sortant de cet entretien j'ai vécu l'horreur pendant 3 semaines, toutes les angoisses sont remontées à la surface, je ne voulais pas que l'histoire se reproduise, je voulais offrir à mon bébé une arrivée en sécurité. Là j'ai senti que j'étais prise au piège, j'avais l'impression qu'on allait me contraindre et là j'ai commencé à me dire que j'allais changer de maternité...J'en ai parlé à la sage-femme de la maternité avec qui je faisais les cours de préparation qui a été super et qui m'a pris rendez-vous avec la psychologue du service et une sage-femme pour faire un entretien, ça m'a beaucoup rassurée, elles, elles n'ont pas jugé mon désir de césarienne. Lors du rdv suivant, la gynéco m'a dit "votre fille est en siège, la radio de votre bassin est normale donc un accouchement par voie basse est possible mais dans ce genre d'accouchement on a besoin que la maman soit très participative", je l'ai coupé pour lui dire " je ne le serai pas car je serai paralysée par la peur, on ne peut pas me forcer", la gynéco m'a dit "non on ne vous forcera pas, en discutant avec vous, j'ai bien compris que ce serait trop traumatisant, donc comme là il y a une raison médicale car votre fille est en siège, on fera une césarienne programmée.*

Au final cette patiente a obtenu une césarienne, et l'a très bien vécu. L'attitude du soignant peut être un rempart face à une demande potentielle émergente de césarienne en France mais dans certaines situations, ne pas accéder à une demande de césarienne peut engendrer un stress maternel et une entrave à son autonomie.

### **3.3 Vécus des femmes**

#### **3.3.1 Une expérience difficile pour la majorité**

##### **3.3.1.1 Le bloc, un environnement source de stress**

L'environnement du bloc obstétrical est une source de stress en soi. Les termes de « surprise » et « bizarre » sont utilisés. La position avec les bras attachés en croix est souvent citée par les femmes comme dérangement. Elles évoquent également le côté brutal de la césarienne, sans notion de progression : *« Ce qui m'a choqué c'est que j'ai vu mes jambes dans la lumière du dessus, je leur ai demandé de cacher ça. C'était violent hein franchement. Je sentais que ça bougeait »* (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; *ça n'a pas été facile d'être seule en plus on a les bras attachés en croix* (entretien 8, femme enceinte, 38 ans) ; *« c'était bizarre, j'ai même eu une petite crise de panique parce que j'étais pas concentrée sur l'arrivée des bébés mais sur ce qu'ils étaient en train de faire »* (entretien 12, postpartum, 35 ans) ; *« j'ai été surprise de tout ce truc, d'être en étoile de mer, toute cette agitation, cette logistique, cette préparation autour de moi ...qui est normale hein, médicalisée, mais je ne m'y attendais pas du tout »* (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; *« c'est bizarre qu'on nous retire un poids comme ça qu'on a dans le ventre, on se sent vide, ce n'est pas progressif ...je n'ai pas trop apprécié la sensation ... d'avoir l'impression de ne pas être maître de son corps* (entretien 16, postpartum, 32 ans) ; *« la césarienne je n'aime pas !...déjà la position du début (elle montre la position en croix) les bras attachés comme ça »* (entretien 20, postpartum, 38 ans).

##### **3.3.1.2 Une culpabilité de ne pas avoir été “capable”**

Les femmes se sentent coupable de ne pas avoir été capable de mettre au monde leur enfant sans aide médicale : *« une certaine culpabilité de ne pas le faire moi-même, de pas finir le truc...(pleurs) »* (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; *« je me suis dit que c'était à cause de mon corps que le petit ne pouvait pas sortir »* (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; *« On a plus l'impression d'être maman quand on accouche par voie basse. J'avais pas l'impression d'avoir mis au monde par césarienne... au début j'étais sûre qu'il y avait eu un truc à l'hôpital, que ce n'était pas le nôtre... »* (entretien

8, femme enceinte, 38 ans) ; « j'ai été catapultée d'un rôle à l'autre très vite et c'était déstabilisant » (entretien 16) ; « il faut que je fasse le deuil d'un accouchement normal... je me dis que sans la médecine je ne serai peut-être pas devenue mère et donc je ne suis peut-être pas faite pour ça physiologiquement ; chez les animaux il existe la sélection naturelle bah là je me demande du coup si je devais être mère maintenant... » (entretien 22, postpartum, 30 ans).

### **3.3.1.3 Un lien mère-enfant plus compliqué à établir**

Le lien mère/enfant semble plus compliqué à établir ; cela est lié à la culpabilité que ressent la mère, au temps de séparation avec son enfant et aux difficultés pour gérer l'enfant les premiers jours à cause des douleurs : « j'ai l'impression que le fait d'avoir l'enfant quelques heures après je n'ai pas la même relation avec mon 2<sup>ème</sup> (1<sup>er</sup> né par voie basse, 2<sup>ème</sup> né par césarienne) car il était avec son papa et il est plus proche de son papa, je vois la différence... j'avais pas l'impression que c'était le mien surtout qu'il ne nous ressemblait pas, je pensais qu'il y avait eu une erreur à l'hôpital, qu'ils s'étaient trompés, même quand je l'ai ramené à la maison » (entretien 8, femme enceinte, 38 ans) ; « ce que je regrette un peu c'est que je n'ai pas eu ce contact avec la petite comme j'ai eu avec le premier (1<sup>er</sup> né par voie basse) » (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; « j'ai eu l'impression de ne pas rencontrer mon enfant, j'étais pas du tout là, j'avais pas envie, j'avais envie de dormir, je lui ai donné la tétée mais j'étais pas très réceptive » (entretien 16, postpartum, 32 ans) ; « c'était dur d'être séparés, au final c'était pas long, mais ça m'a semblé long, c'est dommage » (entretien 22, postpartum, 32 ans). Sans surprise, cette déception est décuplée dans le cas exceptionnel d'une césarienne sous anesthésie générale : « ma sœur avait pris des photos et je lui ai dit tu es sûr que c'est lui ? ...je n'avais pas envie de le prendre...j'ai loupé une étape je me suis endormie, réveillée et le bébé était habillé c'est le fait de le voir habillé, pour moi un bébé qui naît est tout nu... je pensais pas que ça allait me faire ça parce que je ne suis pas quelqu'un de très sensible, ça m'a blessée, dérangée » (entretien 23, postpartum, 30 ans).

### **3.3.1.4 Des suites plus longues et douloureuses**

La douleur est une notion très subjective. En effet, chacun ressent et supporte la douleur à sa façon. Malgré une prise en charge adéquate de celle-ci, il existe néanmoins des difficultés dans les gestes quotidiens et les soins à apporter au nouveau-né. Ces difficultés sont souvent exprimées par les femmes, sous forme de frustration et peuvent donc influencer le vécu de manière plutôt négative : « *La césarienne c'est plus long pour se remettre, mon 1<sup>er</sup> accouchement voie basse j'étais debout le lendemain, là samedi j'ai cru mourir...j'étais tellement pas bien que je ne m'en suis pas occupé, j'étais trop fatiguée, j'avais mal* » (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; « *je me suis sentie frustrée ... porter le cosy ça ne va pas être possible, ce genre de truc pratique, ou on est plus en peine pour des mouvements du quotidien* » (entretien 21, postpartum, 35 ans) ; « *c'était dur aussi pour allaiter le bébé et aussi j'avais toujours peur que la césarienne s'ouvre* » (entretien 26, femme enceinte, 38 ans).

La cicatrice ne serait pas un élément central pour les femmes ; en revanche le terme de « agrafes » est source de stress : « *j'ai entendu durant la césarienne « on vaagrafer* »(entretien 4, postpartum, 30 ans) ; « *c'est vrai que ça fait bizarre de voir toutes ces agrafes, c'est juste ça* » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « *et ce mot « agrafes », je pensais...en fait ça ressemble plus à des pinces de dossier plus que des agrafes (rires)* » (entretien 12, postpartum, 35 ans) ; « *j'appréhendais mais en fait quand j'ai vu que c'était juste un trait fin ..et puis les agrafes ! j'entendais les agrafes mais je ne savais pas ce que c'était, en fait c'est un truc qui mord la peau et qui s'enlève comme ça, limite avec les doigts. Elle a dû voir ma tête et ça l'a rassurée* » (papa/ entretien 13, postpartum).

### **3.3.2 Désirée , la césarienne est une expérience positive**

Quand la césarienne est désirée ou que l'image est positive à la base, en général elle est bien vécue : « *je le raconte avec beaucoup d'émotion parce que bah c'est mon accouchement et la césarienne n'est pas du tout un frein à l'épanouissement, au fait de participer réellement à la naissance du bébé, de l'avoir mis au monde* » (entretien 14, postpartum, 34 ans). Dans ce contexte, les femmes ont la capacité de

transformer en positif les aspects souvent vécu comme étant négatifs, par exemple, la séparation à la naissance : « *Et puis l'aspect positif aussi c'est que tu as pu activement participer à la naissance, la première personne que le bébé a vu c'est toi (en s'adressant à son mari)* » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; « *j'ai pas eu de sensation d'être séparée..., je savais qu'il était avec mon mari* » (entretien 15, postpartum, 33 ans) ; « *j'ai offert à mon mari un moment privilégié avec son enfant* » (entretien 28, postpartum, 38 ans). « *ça a été une délivrance la césarienne...moi c'est le résultat qui compte bébé et mère en bonne santé et vu la souffrance atroce des contractions, la césarienne pour moi c'est rien* » (entretien 5, postpartum, 39 ans) ; « *ça c'est fait en 20 min je crois et en retournant dans la chambre, je me suis dit t'imagines si ça avait été par voie basse ! et puis si ça se trouve ça aurait fini par césarienne donc dans quel état j'aurais été ! je n'ai aucun regret* » (entretien 28, postpartum, 38 ans).

### **3.4 Facteurs qui influencent le vécu**

#### **3.4.1 L'entourage**

##### **3.4.1.1 Une équipe bienveillante**

A l'unanimité, spontanément, les femmes soulignent la chance qu'elles ont eu d'avoir à leur coté une équipe bienveillante ; les adjectifs utilisés sont forts : « sensationnel », « exceptionnel ». Tous les sens sont décuplés pendant l'intervention, les femmes parlent de l'odeur, de la douceur de la voie, des bruits, de l'humour, du contact verbal, des explications de l'équipe : « *l'équipe a été super, moi j'ai gardé une bonne expérience... le corps médical a été vraiment bien, on savait qu'on était entre de bonnes mains* » (entretien 1, postpartum, 36 ans) ; « *mais on a eu de la chance car toutes les personnes étaient fabuleuses* » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « *heureusement que l'équipe était très dans l'empathie, ça m'a permis de passer le reste, c'est très impressionnant parce qu'on entend le bruit, ça bouge, c'était rassurant qu'on me tienne au courant* » (entretien 13, postpartum, 38 ans) ; « *l'infirmière et l'anesthésiste me disaient on voit sa tête, ses oreilles sont sorties, du coup ça aide à mieux vivre le moment car on a l'impression de vivre*

*comme un accouchement car on vous fait visualiser comme un accouchement donc ça c'était plutôt sympa » (entretien 15, postpartum, 33 ans) ; « ce qui vraiment facilite l'acceptation c'est l'accompagnement de l'équipe médicale, ils ont été supers il y a avait 2 anesthésistes qui m'ont rassurée, m'ont parlé, ceux qui faisaient l'opération étaient à l'écoute, quand je disais que j'avais mal les gestes étaient ralentis » (entretien 16, postpartum, 32 ans) ; « je suis tombée sur une équipe super, ça joue énormément, quand vous êtes avec des gens sympa qui vous mettent à l'aise avec qui vous avez passé des heures à en bavarder ... voilà l'ambiance qui régnait dans la salle, sérieuse et professionnelle évidemment mais ils étaient vraiment géniaux il n'y a pas d'autres termes, on ne sent rien, non moi ça ne m'a pas du tout traumatisé » (entretien 21, postpartum, 36 ans) ; « j'avais l'impression que j'allais mourir mais ça va y avait la dame qui me rassurait derrière ma tête, elle était douce, elle sentait bon » (entretien 26, femme enceinte, 38 ans).*

### **3.4.1.2 Un conjoint présent**

La présence de leur conjoint est également un facteur important pour les femmes. On pourrait rattacher ce point à la bienveillance de l'équipe, car les femmes souhaiteraient qu'on leur propose sans qu'elles aient à le demander : *« Ils ont autorisé mon mari dans la salle d'opération ce qui m'a rassuré » (entretien 3, postpartum, 38 ans) ; « je pensais que le papa pouvait m'accompagner et en fait non l'anesthésiste était pas super agréable... » (entretien 8, femme enceinte, 38 ans) ; « la seule crainte par rapport à cet accouchement c'est que le papa ne puisse pas y assister » (entretien 14, postpartum, 34 ans) ; « j'ai osé demandé est ce que mon mari peut y assister dans le bloc ? ça a été accepté mais on m'a clairement dit que c'était une faveur qu'on me faisait, c'était très gentil mais bon, on m'a dit que c'était pas une obligation... ça me dérangeait d'avoir à le demander, j'aurais bien aimé qu'on me le propose » (entretien 22, postpartum, 30 ans).*

Apporter aux femmes une enveloppe humaine solide, via la présence de leur conjoint et une équipe bienveillante, semblerait donc être un élément capital permettant de nuancer le mauvais vécu de la césarienne ou de bien la vivre.

### 3.4.2 Le moment de la prise de décision

Les césariennes décidées à dilatation complète sont décrites par les femmes comme une double peine, un double accouchement ou alors au contraire comme un vrai soulagement, une issue de sortie : « *C'était la pire option, tout le travail et à la fin la césarienne, parce que je trouvais que c'était 2 accouchements* » (entretien 2, postpartum, 36 ans) ; « *j'ai même eu l'impression de vivre 2 accouchements* » (entretien 21, postpartum, 35 ans) ; « *sur l'acceptation de la césarienne, ça aurait été plus facile si la décision avait été prise plus tôt, 2j plus tard il y avait aussi le « tout ça pour ça » 2j de merdes, de travail, de douleurs, d'espoirs pour rien, c'était rageant* » (entretien 22, postpartum, 30 ans).

Le fait de programmer la naissance, que ce soit un déclenchement ou une césarienne programmée n'est pas apprécié : « *je voulais sentir les contractions, prendre la voiture en urgence, stresser et faire tout ça artificiellement...* » (entretien 1, postpartum, 36 ans) ; « *ca me faisait bizarre d'avoir un rdv un jour précis à une heure précise pour donner la vie... je me suis toujours poser la question si l'enfant était prêt à sortir* » (entretien 27, postpartum, 30 ans).

Après un déclenchement, la déception est focalisée sur le déclenchement plus que sur la césarienne qui elle est vécue comme un soulagement : « *en fait j'étais plus déçue du choix de déclenchement que de la césarienne* » (entretien 1, postpartum, 36 ans) ; « *ca faisait 13h qu'on était en travail pour que ça n'avance pas, on était épuisé* » ; « *si j'avais le choix, j'aimerais bien tenter par voie basse comme toutes les autres femmes, le col se dilate, on pose la péridurale etc... mais si on me déclenche et qu'il faut attendre 4 cm pour avoir la péridurale, je préfère la césarienne, la souffrance a été horrible* » (entretien 5, postpartum, 39 ans).

## 4 Discussion

Nous l'avons vu, la césarienne a une image négative auprès des Françaises. Cela remettrait en cause ce que Michel Odent (2005) avait écrit dans son ouvrage traitant de la césarienne : « A l'aube du XXI e siècle, les petites filles de celles qui ont accouché lorsque j'étais étudiant en médecine voient la césarienne dans une perspective moderne...Cela signifie que pour nombre d'entre elles, il s'agit simplement de l'un des deux chemins possibles pour venir au monde. De nos jours, en certains lieux, la voie haute peut même être la route la plus fréquemment empruntée ».

Le fait de peu en parler induit une notion d'accouchement « hors norme ». La littérature est très pauvre au sujet de la place de la césarienne dans les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). D'après le mémoire de A. Cortet (2015), seulement 42% des sages-femmes parlerait de la césarienne lors des séances de PNP. Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005, il est pourtant mentionné d'aborder le thème de la césarienne. Isabelle Bianchi (2015) appelle les professionnels de santé à mener des actions d'information, si possible de manière personnalisée, à chaque étape de la décision, puis de la mise en œuvre de l'intervention : avant la césarienne – préparation à la naissance, réunion d'information, entretien au quatrième mois; pendant la césarienne ; après la césarienne, lors du séjour à la maternité, lors des rendez- vous post-partum et encore quelques mois plus tard. Les résultats d'un questionnaire en ligne montrent que, sur le plan psychologique, le vécu de la césarienne est nettement amélioré lorsque l'information donnée aux parents est satisfaisante.

Un lien semble s'établir entre les connaissances des femmes sur la césarienne et le vécu de celle-ci. D'après Hélène Vandecoœur (2012), dans les séances de PNP, on omet souvent de parler de la césarienne ou quand on le fait, l'information est succincte. Malheureusement, une femme non informée risque non seulement de vivre plus difficilement la césarienne mais rend plus compliquer le fait de participer à la prise de décision ou indiquer dans quelles conditions elle voudrait vivre cette

césarienne. Selon un sondage Québécois réalisé en 2005, 88% des femmes trouvent « très important » qu'on les informe sur la césarienne (Vandecoeur, 2012). De plus, la plupart des femmes ayant un vécu difficile de la césarienne, alimentent cette mauvaise image. Par conséquent, il existe peu de demandes en France et les femmes partent du principe que les médecins aussi privilégieront toujours la voie basse, ainsi, si la césarienne s'impose c'est qu'il n'y a pas le choix. Cependant, dans certains cas, la crainte d'un accouchement par voie basse est telle que la césarienne est alors perçue comme une solution intéressante. Comme évoqué par Carole Brugeilles (2014) dans sa revue de littérature, les femmes souhaitent une césarienne pour échapper au côté douloureux et imprévisible qu'implique l'accouchement voie basse. Pour autant, les femmes n'osent pas toujours exprimer cette demande au corps médical et quand elle est exprimée, cela se fait toujours avec beaucoup de gêne. Si la crainte est relativement faible, le positionnement du médecin semble suffire à mettre de côté cette demande de césarienne et la patiente parvient à se projeter sur la voie basse. Mais dans certains cas où la peur est très ancrée, seule la réponse favorable à cette demande semble apaiser la patiente. Dans ce cas spécifique, les femmes vivent généralement très positivement la césarienne.

Si l'on confronte ces résultats à la littérature nous pouvons donc conclure que notre étude conforte l'étude de Coulm et al. (2014-b) qui explique que les césariennes à la demande de la mère étaient rares en France, par rapport à la fréquence rapportée dans d'autres pays. En revanche, notre étude ne va pas dans le sens de la revue de la littérature publiée en 2014 par Brugeilles (2014) dans laquelle elle constate que dans le monde, les femmes seraient de plus en plus nombreuses à demander « une césarienne de convenance », notamment pour des raisons de préservation physiologique, surtout en Amérique latine avec des craintes d'incontinence, de déformation du vagin et des raisons pratiques (assurance de la présence du père, organisation de la garde des enfants). Cependant, nous constatons comme elle que lorsqu'une demande existe, c'est la peur de l'accouchement qui serait au cœur de la demande. Avec une césarienne, l'accouchement, évènement douloureux et imprévisible, est maîtrisé. Accoucher de façon sûre, contrôlée, dans le calme et assurer la sécurité du bébé est une attitude responsable.

Dans une autre revue de la littérature publiée en 2007 par Gamble, l'auteure constate que la demande de la mère n'est pas un facteur important qui influence les taux de césarienne mais que faire valoir la préférence des femmes pour une césarienne est l'occasion de transférer une responsabilité sur les femmes. Il existe un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins. Aujourd'hui les recherches sur la prise de décision d'une césarienne ne tiennent pas compte de la façon dont les soins sont offerts, ni des interactions entre les femmes et les praticiens. Il serait donc pertinent d'accorder une attention particulière aux attitudes des médecins et au fonctionnement des systèmes de santé pour abaisser les taux de la césarienne. Notre étude s'est intéressée aux interactions entre les femmes et les praticiens. Il existe certes un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins mais ce déséquilibre semble être accepté par les femmes et leur entourage qui ne se considèrent pas compétents en la matière pour choisir la voie d'accouchement et n'expriment pas un mécontentement sur un manque d'informations de la part des médecins, la question ne se pose pas pour elles, elles considèrent que les médecins souhaitent ce qu'il y a de mieux pour elles et que cela passe par la voie basse dans la mesure du possible. En revanche elles sont en demande d'être plus averties de cette possibilité d'accouchement par césarienne jusqu'à la dernière minute.

D'après Habiba (2006), les obstétriciens français semblent être moins disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle que leurs homologues dans d'autres pays européens. Une enquête en 2001-2002 auprès de 93 obstétriciens de dix maternités françaises a révélé que 19% d'entre eux seraient prêts à répondre favorablement à une demande de césarienne, en dehors de toutes autres indications médicales. Cette proportion était plus élevée en Angleterre (79%) par exemple. L'attitude paternaliste des obstétriciens français, comparés à leurs collègues anglo-saxons, laisserait moins de place à une décision partagée et basée sur une information détaillée concernant les risques et bénéfices de la césarienne sur demande. Notre étude confirme cette analyse. En effet, les obstétriciens français semblent être peu disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle. L'attitude paternaliste du corps médical français s'exprime assez nettement lorsqu'une patiente est en demande de césarienne et qu'elle refuse la voie basse. Notre étude a fait également émerger les différents facteurs qui contribuent au

mauvais vécu de la césarienne et ceux qui au contraire permettent de relativiser les aspects potentiellement traumatisants de cet accouchement souvent non anticipé. Il semblerait que des actes assez faciles à mettre en place permettent un meilleur vécu de la césarienne. Mais en améliorant le vécu de la césarienne, ne pourrait-on pas craindre une meilleure perception collective de la césarienne qui favoriserait l'émergence d'une demande de la part des femmes ? Si les femmes soulignent l'importance de la bienveillance de l'équipe, de la présence du père, aucune ne dit qu'elle souhaiterait réitérer l'expérience pour autant. On n'aurait donc rien à craindre à améliorer notre prise en charge sinon à remplir pleinement notre rôle d'acteur de la périnatalité en accompagnant les femmes dans les meilleures conditions possibles qu'il soit dans ce moment pivot de leur vie.

Afin que les femmes puissent vivre la césarienne comme un accouchement et non pas uniquement comme un acte chirurgical, il serait judicieux que tous les acteurs de la périnatalité se réunissent pour réfléchir à humaniser davantage cet acte chirurgical. En France, il existe déjà des outils ; l'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place en 2007 afin de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales et de permettre aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse, l'accouchement. Il est encore peu diffusé en 2016 : seules 28,5 % des femmes déclarent en en avoir eu un, alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent (Blondel et al., 2016). Il existe également les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) qui sont très suivies par les primipares (77,9 % d'entre elles), beaucoup moins par les multipares (33,8 %) (Blondel et al., 2016). S'agissant de la césarienne, il semblerait que le sujet soit peu abordé et qu'il serait utile de repenser ces séances en répondant mieux aux besoins des patientes qui n'attendent pas une explication technique de la césarienne mais plus qu'on parvienne à susciter chez elle la capacité de se projeter à accueillir leur enfant par césarienne et pas uniquement par voie basse.

Une deuxième piste de réflexion serait de sensibiliser et former les soignants sur l'importance de leur attitude. Cela pourrait se faire via des formations sur les postures d'écoute active, de bienveillance, sur ce que les femmes attendent, en intégrant par exemple des jeux de rôle, une méthode pédagogique qui a déjà montré son efficacité (Bosse et al., 2012). Les femmes expriment peu leurs souhaits. En

2016, seules 3,7 % des femmes avaient rédigé un projet de naissance et 17,2 % ont fait part de leurs demandes à l'arrivée à la maternité (Blondel et al., 2016). Pourtant, quand cela est fait, elles sont globalement satisfaites du retour de l'équipe médicale : 80,2 % ont estimé que l'équipe y avait répondu de manière très satisfaisante (Blondel et al., 2016).

## 5 Conclusion et perspectives

En France, les femmes préfèrent majoritairement accoucher par voie basse qui reste pour elles « la norme ». De multiples facteurs alimentent cette représentation péjorative de la césarienne : le manque d'information lors du suivi de grossesse conforte l'idée que la norme est la voie basse, les médias, les expériences avec le corps médical, l'entourage, notamment le retour d'expérience des femmes ayant vécu une césarienne. Elles accordent au corps médical une véritable confiance fondée sur la compétence et partent du principe que le corps médical adopte une attitude de contrôle des taux de césarienne. La césarienne est majoritairement mal vécue par les femmes, elle est source de stress et de dévalorisation, et rend l'établissement du lien avec leur enfant plus complexe ; Mais l'attitude bienveillante de l'équipe médicale ainsi que la présence du père pendant l'intervention contribue fortement à nuancer ce vécu négatif.

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

Il existe donc un lien entre la représentation de la césarienne et son vécu.

Cette recherche souligne également l'importance de l'attitude du corps médical, du dialogue et de la bienveillance qui non seulement permet une certaine maîtrise des demandes de césarienne si le corps médical a une attitude de contrôle des césariennes mais aussi car il contribue à vivre bien ou mieux vivre cette naissance à

priori « hors norme ». L'interaction soignant/soigné est donc un déterminant capital pour comprendre le taux de césarienne.

Il serait pertinent de diffuser des recommandations pour la pratique clinique : pendant la grossesse, chaque soignant devrait endosser son rôle d'information, lors de la PNP, de l'EPP et des consultations. Evaluer la capacité de la patiente à se projeter dans une naissance par césarienne, informer des indications d'une césarienne et qu'elle peut intervenir à tout moment. Pendant la césarienne, proposer systématiquement la présence du père, chaque fois que cela est possible, sans attendre que le couple le demande. Etudier dans quelle mesure il serait possible de ne pas attacher les bras de la patiente « en croix » ? Un détail qui n'en est pas un pour les patientes. Garder un contact visuel et verbal permanent avec la patiente. Après la césarienne, revenir sur le vécu de la césarienne, la compréhension de l'indication afin de dépister un éventuel traumatisme lié à cette voie d'accouchement parfois imprévisible, rapide, non envisagée par la patiente. A la fin des entretiens, les patientes ont souvent exprimé les bénéfices de revenir sur le déroulé de leur accouchement, comme un besoin d'évacuer ce vécu : « *merci à vous, vous avez fait ma psychologue* » (entretien 4, postpartum, 30 ans) ; « *ça fait du bien d'en parler !* » (entretien 22, postpartum, 30 ans) ; « *c'est marrant que vous soyez venu car je n'en avais jamais parlé...* » (entretien 28, postpartum, 38 ans). Et en trame de fond, prendre toujours la précaution d'une asepsie verbale, par exemple ne pas utiliser le mot « agrafe » qui renvoi à la technique, ou « voie naturelle » qui renforce cette idée qu'une femme sort de la norme si elle accouche par césarienne.

# Bibliographie

1. Beaud S, Weber F, 2012. *Guide de l'enquête terrain*. Paris : La découverte, 336 p.
2. Bianchi I., 2015. *La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement*. Laennec, 4 (Tome 63), p. 47-55.
3. Blondel B, Kermarrec M, 2011. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2010. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*.
4. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P., 2017. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*.
5. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al., 2012. *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial*. Patient Educ Couns;87(3):300–6.
6. Brugeilles C., 2014. *L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?*. Revue-autrepart,143-164.
7. Cesarine - [www.cesarine.org](http://www.cesarine.org) - consulté en septembre 2016. *Deux fois plus de césarienne en 20 ans, que s'est-il passé ? quelles conséquences ?*
8. Cortet A, 2010. *Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005*. Paris Descartes, 98 p.
9. Coulm B., Le Ray C., et al. 2012. *Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference?*. Birth 39(3): 183-191.
10. Coulm B. et Blondel B., 2014-a. *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Drees n°897.

11. Coulm B., Blondel B., Alexander S., Boulvain M., Le Ray C., 2014-b. *Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database*. Acta Obstet Gynecol Scand, 93(9)
12. Delotte J, Mialon O, d'Angello L, Toullalan O, Bongain A, 2007. *Une brève histoire de la césarienne*. La Lettre du Gynécologue, n° 321, avril 2007, p:15-18.
13. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Site emc-consult, avril 2016.
14. Gamble J, Creedy D., McCourt C., Weaver J. et Beake S.A, 2007. *Critique of the literature on women's request for cesarean section*. Birth, 34 (4) :331-40
15. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M, 2006. *Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries*.
16. Harrison, Margo S., Robert L. Goldenberg, 2016. « Cesarean Section in Sub-Saharan Africa ». Maternal Health, Neonatology and Perinatology 2 (1).
17. Houtzager HL., 1982. *Cesarean section until the end of the 16 th century*. Europ J Rep Biol; 13 : 57-8.
18. Kirstie McKenzie-McHarg SA, Ford E., Antje Horsch, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P, 2015. *Posttraumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33: 3: 219-237.
19. Le Ray C., 2017. *Stagnation du taux de césarienne en France : analyse à partir de la classification de Robson*. Colloque CESARIA, MSH PN le 15 décembre 2017.
20. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM., 2011. *Women's preference for caesarean section: a systematic review and metaanalysis of observational studies*. BJOG, 118(4):391-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x.
21. Odent M, 2005. *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Paris : Le Souffle d'or, 183p.
22. Olivier de sardan JP, 2008. *La rigueur du qualitatif*. Academia eds, 368p.

23. Organisation Mondiale de la Santé, 2015. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/161443>.
24. Robson, M.S, 2001. *Can We Reduce the Caesarean Section Rate?*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 15 (1): 179-94. doi:10.1053/beog.2000.0156.
25. Rozenberg P, 2004. *L'élévation du taux de césariennes : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 279-289.
26. Schantz C, de Loenzien M, Goyet S, Ravit M, Dancoisne A, Dumont A, 2017. Revue de littérature. *Rendre visible la demande de césarienne*. Colloque CESARIA, MSH PN, le 15 décembre 2017.
27. Schantz C, Ravit M, Bakary Traoré A, Moufalilou Aboubakar, Goyet S, de Loenzien M, Dumont A, 2018. *Why Are Caesarean Section Rates so High in Facilities in Mali and Benin?*. *Sexual & Reproductive Healthcare* 16 (juin): 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.001>.
28. Vadeboncoeur H, 2012. *Une autre césarienne ou un AVAC ?* *Fides*. 2012. 373 p.
29. Vogel JP et al., 2015. *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys*. *Lancet Glob Health* 2015.

# ANNEXES

## Annexe I : Guide d'entretien pendant la grossesse

### Représentations de la césarienne

Comment pourriez-vous définir une césarienne ? qui vous l'a expliquée ?

Un accouchement par césarienne est-il plus douloureux qu'un accouchement par voie basse ? plus sûr qu'un accouchement par voie basse ? Pour vous ? Pour le bébé ?

L'estime de soi est-elle impactée par une césarienne ?

Est-ce un plus de connaître la date de son accouchement ? Existe-t-il une date porte bonheur ou au contraire à éviter ?

Le plaisir de la femme lors de rapports sexuels est-il diminué après un accouchement par voie basse ? Et pour l'homme ?

Aviez-vous une préférence de la voie d'accouchement ? voie basse ou césarienne ?

Que pensez-vous des femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale ?

### La perception de la relation soignant/soigné

Avez-vous déjà eu des expériences médicales antérieures ?

Avez-vous suivi des séances de PNP ? a-t-on abordé le sujet de la césarienne ?

Selon vous, qui doit décider de la césarienne ?

Avez-vous demandé une césarienne au soignant ? Quand ? Pourquoi ?

Comment réagirait votre entourage à l'annonce d'une césarienne ?

## **Annexe II : Guide d'entretien après une césarienne**

### Représentations de la césarienne

Saviez-vous ce qu'était une césarienne avant de la vivre ?

Un accouchement par césarienne est-il plus douloureux qu'un accouchement par voie basse ? plus sûr qu'un accouchement par voie basse ? Pour vous ? Pour le bébé ?

L'estime de soi est-elle impactée par une césarienne ?

Est-ce un plus de connaître la date de son accouchement ? Existe-t-il une date porte bonheur ou au contraire à éviter ?

Le plaisir de la femme lors de rapports sexuels est-il diminué après un accouchement par voie basse ? Et pour l'homme ?

Aviez-vous une préférence sur la voie d'accouchement ?

Que pensez-vous des femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale ?

### La perception de la relation soignant/soigné

Avez-vous déjà eu des expériences médicales antérieures ?

Avez-vous compris l'indication de la césarienne ? si oui qui vous l'a expliqué ? si non pourquoi ?

Avez-vous suivi des séances de PNP ? a-t-on abordé le sujet de la césarienne ?

Comment s'est déroulé l'annonce de la césarienne ? Selon vous qui doit décider de la césarienne ?

Avez-vous demandé une césarienne au soignant ? Quand ? Pourquoi ?

Comment a régit votre entourage à l'annonce de la césarienne ?

### Le vécu de la césarienne

Pouvez-vous me raconter le déroulé de votre accouchement ?

La préparation à l'accouchement vous a-t-elle été utile ?

La césarienne, bonne ou mauvaise expérience ?

Selon vous, ce mode d'accouchement pourrait-il avoir une influence sur : l'estime de soi, le lien mère/enfant, un désir d'une prochaine grossesse, la reprise de la sexualité ?

Avez-vous ressenti la douleur pendant ? après ? avez-vous été bien soulagée ?

Avez-vous des difficultés à vous occuper de votre bébé ?

Avez-vous regarder votre cicatrice ? avez-vous des appréhensions ?

A votre avis des points seraient-ils à envisager pour améliorer la prise en charge ?

Si prochaine grossesse il y a, souhaiteriez-vous une césarienne ?