



HAL
open science

La césarienne sur demande maternelle : attitudes et pratiques des soignants

Jeanne Laverdant

► **To cite this version:**

Jeanne Laverdant. La césarienne sur demande maternelle : attitudes et pratiques des soignants. Gynécologie et obstétrique. 2024. dumas-04760824

HAL Id: dumas-04760824

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04760824v1>

Submitted on 30 Oct 2024

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.

Médecine Sorbonne Université
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

**La césarienne sur demande maternelle :
attitudes et pratiques des soignants**

LAVARDANT Jeanne
Date de naissance : 21/12/2001
Nationalité : Française

Directrice de mémoire : Camille ETCHEVERRY
Sage-femme – Doctorante en Santé Publique

Année universitaire : 2023-2024

Médecine Sorbonne Université
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

**La césarienne sur demande maternelle :
attitudes et pratiques des soignants**

LAVARDANT Jeanne
Date de naissance : 21/12/2001
Nationalité : Française

Directrice de mémoire : Camille ETCHEVERRY
Sage-femme – Doctorante en Santé Publique

Année universitaire : 2023-2024

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier dans un premier temps Camille ETCHEVERRY, directrice de ce mémoire, pour son intérêt et son investissement dans mon sujet, mais avant tout pour son soutien et sa bienveillance quotidienne, qui m'ont été d'une aide précieuse.

Je remercie,

Les médecins ayant participé à cette étude, pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordés, et pour le savoir qu'ils m'ont transmis ;

Isabelle VOGEL pour l'accompagnement et l'écoute qu'elle a proposés tout au long de cette dernière année difficile, et plus largement toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Paris Saint-Antoine pour leurs enseignements ;

Anne-Laure HABELSKI, sage-femme rencontrée par un concours de circonstances particulier, avec qui j'ai eu la chance de travailler et qui m'a inspirée de par sa douceur et son dévouement envers les femmes, dans sa pratique ;

Mes amies de promotion, pour m'avoir donné tant d'amour, de confiance et de courage, en particulier Pauline R. qui fut ma première rencontre et un pilier du début à la fin de ces études ;

Mes parents et grands-parents qui m'encouragent depuis toujours, et que j'espère rendre fiers en devenant sage-femme.

Enfin, je remercie ma plus chère amie, Victoria, et mon compagnon, William, pour leur présence dans les bons moments comme dans les plus difficiles, sans qui je ne serais peut-être pas arrivée jusque-là.

Merci à tous de me pousser à être une meilleure version de moi-même.

Table des matières

I.	Préambule.....	1
II.	Introduction	3
	1. Définition et épidémiologie de la césarienne.....	3
	1.1. Définition de la césarienne.....	3
	1.2. Epidémiologie de l'accouchement par césarienne dans le monde et en France.....	4
	2. La césarienne sur demande maternelle.....	6
	2.1. Données et connaissances générales sur la césarienne sur demande maternelle	6
	2.2. Les soignants face à la césarienne sur demande maternelle.....	8
	2.3. Recommandations concernant la césarienne sur demande maternelle.....	10
	3. Césarienne sur demande maternelle en France.....	12
	4. Problématique, questions de recherche et objectifs	13
III.	Matériel et méthode.....	14
	1. Type d'étude et population d'étude.....	14
	2. Collecte des données.....	15
	3. Analyse des données.....	16
IV.	Résultats et analyse	17
	1. Avis sur la césarienne sur demande maternelle	18
	1.1. Des opinions divergentes sur la césarienne sans indication médicale	18
	1.2. Un avis au cas par cas, en fonction du contexte	20
	1.3. Les facteurs responsables de la demande de césarienne	22
	1.4. Une considération particulière pour la demande	24
	2. Réponse à la demande et accompagnement proposé.....	25
	2.1. Des intentions précises derrière le suivi proposé.....	25
	2.2. Une réponse personnalisée aux motivations des femmes.....	26
	2.3. L'importance d'une information complète et loyale	28
	2.4. Les limites rencontrées en matière de réponse à la demande de césarienne	30

3. Décision de la voie d'accouchement	31
3.1. Des facteurs décisionnels dépendants des femmes en demande.....	31
3.2. Personnelle ou collégiale : une méthode de décision variable	34
3.3. Une position majoritairement centrale de la femme.....	36
V. Discussion.....	38
1. Synthèse des résultats.....	38
2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature	38
3. Regard critique sur l'étude	43
VI. Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Annexes.....	51
Glossaire	64
Résumé.....	65
Abstract.....	66

I. Préambule

La césarienne est une intervention chirurgicale existant depuis l'antiquité et dont la première réussite, soit la première césarienne permettant la survie de la mère et celle de l'enfant, date de 1689 (1). De nos jours, la pratique de la césarienne est très répandue (21% des naissances mondiales selon les dernières estimations) (2). En réalité, le taux de césariennes au niveau mondial a fortement augmenté ces dernières décennies, passant de 7% en 1990 à 21% en 2018 (2).

L'augmentation du taux de césariennes est d'origine multifactorielle (3). D'après plusieurs études, l'avancement de l'âge maternel, l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC), la parité, l'antécédent d'accouchement par césarienne ou encore les présentations dystociques ou en siège, sont des facteurs cliniques en partie responsables de l'augmentation du taux de césariennes (4,5). Cependant, les facteurs cliniques ne peuvent pas expliquer à eux seuls cette augmentation. En effet, nous constatons une augmentation du taux de césariennes parmi les femmes à bas risque, qui contribuent actuellement pour un tiers au nombre total de césariennes dans le monde (6). De plus, dans de nombreuses régions du monde, il semble que l'augmentation observée du recours à la césarienne soit largement supérieure à ce que l'on pourrait attendre sur la base des besoins médicaux (7,8). Des facteurs non-cliniques seraient donc également impliqués dans l'augmentation du taux de césariennes. Parmi ces facteurs, l'implication de la demande maternelle de césarienne est l'argument étudiée.

Une recherche menée en Australie a conclu que la césarienne sur demande maternelle était un important contributeur à l'augmentation du taux de césariennes dans le pays, représentant 17% de la totalité des césariennes en 2006 (9). On retrouve des résultats similaires en Suisse, où la césarienne sur demande maternelle représentait 5,1% des naissances en 2008 (10). Ce phénomène s'expliquerait par une préférence maternelle pour la césarienne plutôt que la voie basse, avec une proportion moyenne de femmes préférant la césarienne estimée à 15,6% à travers le monde en 2011 (11).

En France, nous savons d'après l'enquête périnatale de 2021 que le taux de césariennes est stable depuis 2010 autour de 21,4% (12). Il existe en réalité peu de données sur la césarienne sur demande maternelle et la proportion de femmes qui demande à accoucher par césarienne en l'absence d'indication médicale n'est pas connue en France. Cependant, une enquête réalisée en 2020 a estimé que parmi les nullipares, environ 5% des césariennes pratiquées avant l'entrée en travail ont été réalisées en l'absence d'indication médicale (13). La demande maternelle de césarienne est principalement liée à une peur intense d'accoucher ou à des expériences antérieures traumatiques (14,15). Cette peur peut également être accompagnée de troubles psychologiques importants (16) et conduire à des situations traumatiques en fonction de la réponse qui est apportée par l'équipe soignante (17). Or, la pratique d'une césarienne sur demande maternelle sans indication médicale est controversée. En l'absence d'indication médicale, la réalisation d'une césarienne n'apporte aucun bénéfice sur le plan obstétrical mais peut en revanche être associée à des risques à court et à long terme pour les femmes, leur nouveau-né et les grossesses futures (18).

Les pratiques des soignants face à cette demande sont également peu connues en France. Pourtant il est probable que ces derniers font face à cet enjeu éthique dans leur pratique. Alors que les recommandations actuelles laissent les médecins évaluer les situations au cas par cas, tout en plaidant pour une prise de décision partagée associée à un accompagnement personnalisé (19), il serait intéressant d'identifier et de comprendre comment les soignants répondent à cet enjeu de prise en charge des femmes en demande de césarienne.

La question de recherche de cette étude sera donc la suivante : quelles sont les attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens face à une demande maternelle de césarienne sans indication médicale ? Les objectifs qui guideront cette étude seront donc dans un premier temps de comprendre les attitudes des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis d'une demande maternelle de césarienne puis d'explorer leurs pratiques vis-à-vis de cette demande. Après un rappel sur la césarienne et ses indications, nous présenterons les données épidémiologiques disponibles sur la césarienne sur demande maternelle dans le monde, les attitudes connues des soignants face à cette demande, les recommandations nationales et internationales à ce sujet et pour finir les données existantes sur la demande maternelle de césarienne en France.

II. Introduction

1. Définition et épidémiologie de la césarienne

1.1. Définition de la césarienne

La césarienne est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incision de la paroi de l'utérus, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles (20). Celle-ci permet de diminuer la mortalité et morbidité, maternelle et fœtale, lorsqu'elle est réalisée pour des raisons médicales (21). On peut classer les césariennes en deux grandes catégories : la césarienne en urgence et la césarienne programmée.

La césarienne en urgence est réalisée en dehors ou au cours du travail. Il existe différentes indications pour lesquelles on réalise une césarienne de ce type, chacune d'entre elles représentant un degré d'urgence allant de faible, sans risque immédiat, à vital. On peut répartir ces indications en trois groupes : lorsque l'on pense que le travail n'aboutira pas (dystocies, échecs de déclenchement), lorsque le pronostic vital du fœtus est en jeu (procidence du cordon, risque d'acidose per partum), ou lorsque le pronostic materno-fœtal est en jeu (rupture utérine, hématome rétro placentaire) (22).

La césarienne programmée quant à elle est réalisée en dehors du cadre de l'urgence, le plus souvent autour de 39 semaines d'aménorrhée (SA) en dehors du travail. Son but est de réduire les risques de l'accouchement par voie basse de certaines situations comme l'utérus cicatriciel, la présentation du siège, les grossesses multiples, la suspicion de macrosomie, ou encore dans le cadre d'une infection maternelle à risque de transmission fœtale (23). Une dernière raison de réaliser une césarienne programmée, qui n'est pas une indication à proprement parler selon la Haute Autorité de Santé (HAS) est la césarienne sur demande maternelle sans indication médicale. Selon la HAS, l'acceptation de cette demande nécessite une « analyse concertée » des raisons évoquées par les femmes (19), étant donnés les risques liés à la césarienne en elle-même.

En effet, la césarienne peut représenter certains risques pour la mère et pour l'enfant. Tout d'abord, il existe un risque immédiat d'hémorragie multiplié par deux lors d'une césarienne, par rapport à la voie basse (18). L'acte chirurgical de la césarienne est également à l'origine de deux fois plus de risques thromboemboliques, deux fois plus de risques de complications anesthésiques et trois fois plus de risques d'infection par rapport à l'accouchement par voie basse (18). Du côté de l'enfant, il existe un risque de détresse respiratoire, notamment en cas de césarienne programmée avant 39 semaines d'aménorrhée pour les grossesses monofœtales (19).

A plus long terme, il existe des risques de complications pour les grossesses futures, du fait de l'utérus cicatriciel. On peut notamment relever le risque de rupture utérine et le risque d'anomalie d'insertion placentaire comme le placenta accreta ou une insertion sur la cicatrice de césarienne (24), qui sont des facteurs responsables d'une récurrence de césarienne. Le fait d'avoir un utérus cicatriciel expose donc à un risque augmenté d'accoucher à nouveau par césarienne, estimé à 50% lors de l'accouchement suivant (25).

Au vu de ces éléments, on note l'importance d'évaluer la balance entre les bénéfices et les risques de recourir à la césarienne, en particulier lors d'une demande maternelle de césarienne sans indication médicale dans la mesure où cette césarienne n'apportera à *priori* pas de bénéfice sur le plan obstétrical.

1.2. Epidémiologie de l'accouchement par césarienne dans le monde et en France

Au cours de ces dernières décennies, le taux moyen de césariennes au niveau mondial a connu une augmentation considérable, passant de 7% en 1990 à 21% en 2018 (2). Cette croissance a touché toutes les régions du monde, à l'exception de l'Afrique Sub-Saharienne où les taux de césariennes étaient toujours de 5% en moyenne en 2018 (2). Pour certaines régions comme l'Amérique Latine ou l'Asie de l'Est, les taux de césariennes ont augmenté de manière importante et atteignaient plus de 40% en 2018 (2). L'évolution des taux de césariennes est illustrée dans la Figure 1, issue de l'article de Betrán et al. publié en 2021 (2). Les prévisions montrent que ces taux

continueront d'augmenter de manière inégale en fonction des régions du monde. Le taux mondial de césariennes devrait atteindre 29% en 2030, contre plus de 50% dans certaines régions d'Asie ou d'Amérique Latine (2).

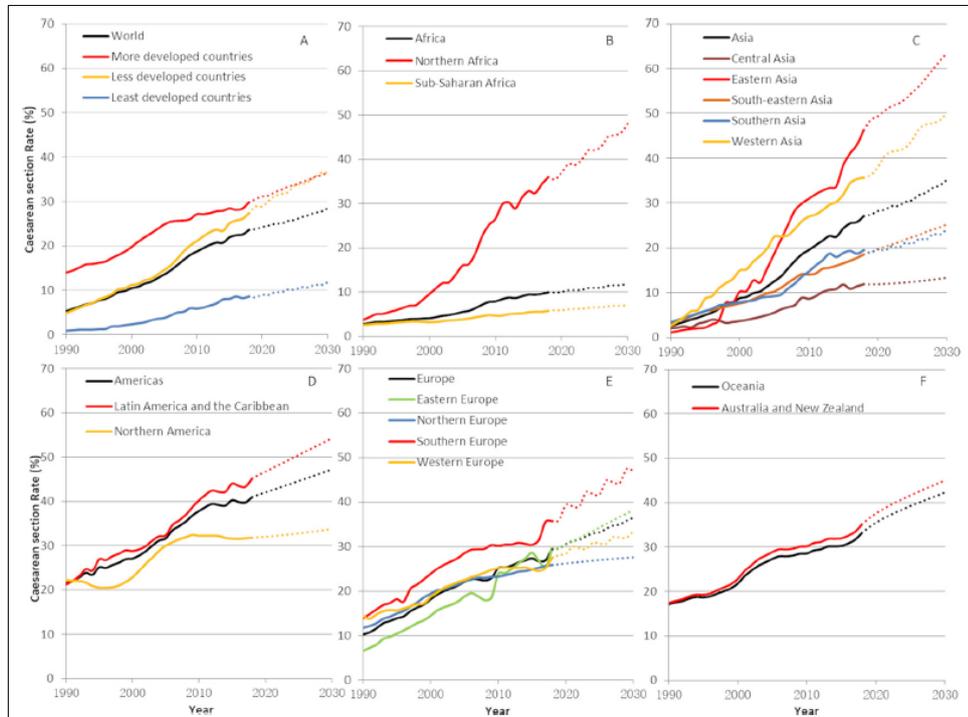


Figure 1 : Tendances (1990-2018) et projections (2030) des taux de césariennes mondiaux, régionaux et sous-régionaux : (A) Monde, (B) Afrique, (C) Asie, (D) Amérique, (E) Europe, (F) Océanie, d'après Betrán et al. (2021)(2)

Paradoxalement, il semble que l'augmentation importante des taux de césariennes à travers le monde ne se vérifie pas en France. D'après l'enquête nationale périnatale de 2003 (41), le taux de césariennes en France a connu une augmentation entre 1995 et 2003, passant de 16% à 20,3% (figure 2)(41). En revanche, depuis 2003, ce taux semble stable : l'enquête nationale périnatale de 2021 montre des taux compris entre 20,2% et 21,4% depuis 2010 (figure 2) (12). Le taux moyen de césarienne était donc de 21,4% en 2021 en France et la proportion de césariennes programmées réalisées avant travail était de 7,2% des naissances. Seul 1% des césariennes réalisées avant travail n'avait pas d'indication médicale (12).

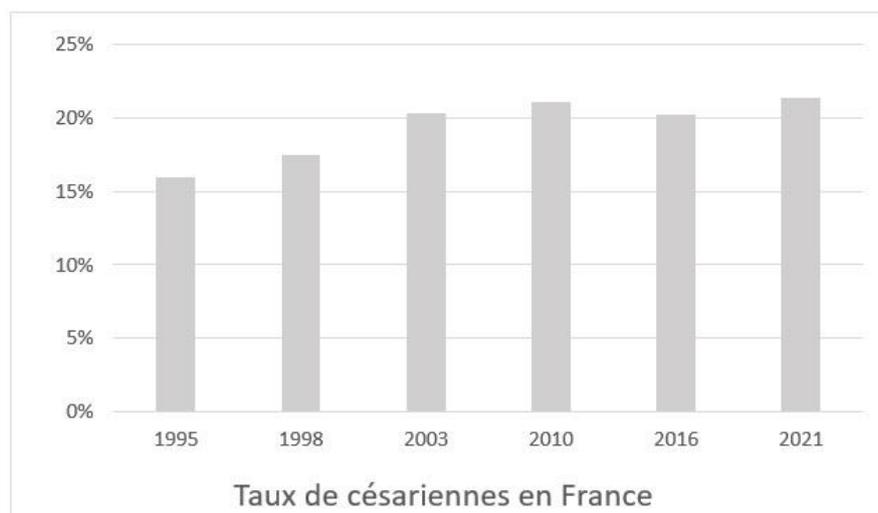


Figure 2 : Evolution des taux de césariennes en France, d'après Bondel et al. (2005) (41) et Inserm (2021) (12)

2. La césarienne sur demande maternelle

2.1. Données et connaissances générales sur la césarienne sur demande maternelle

La césarienne sur demande maternelle (CDMR, *caesarean delivery on maternal request*), aussi appelée césarienne de convenance, est une césarienne programmée à terme sur demande maternelle, sans indication médicale validée pour une pathologie maternelle, obstétricale ou fœtale. Selon la HAS, Il ne s'agit pas d'une « situation clinique parfaitement identifiable » (19) et son incidence en France n'est pas connue et semble difficilement estimable. Cependant on sait qu'aujourd'hui et dans le monde entier, le désir maternel de césarienne est notable.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2020 a estimé entre 0,2% et 42% l'incidence des césariennes sur demande maternelle dans le monde, avec une grande variabilité entre les pays (26). Cette demande serait même en augmentation selon des gynécologues-obstétriciens d'une université américaine (27) ou encore selon une étude en Suisse où la césarienne sur demande maternelle représentait 5,1% des naissances en 2008, contre 2,1% en 2002 (10). Cette demande s'explique par une

préférence maternelle pour la césarienne plutôt que la voie basse. Selon une étude, la proportion moyenne des femmes préférant la césarienne a été mesurée à 15,6% à travers le monde en 2011 (11).

La demande maternelle de césarienne est justifiée principalement par la peur de l'accouchement en lui-même, la peur de la douleur, des troubles périnéaux, des complications pour le nouveau-né, à la suite ou non d'expériences traumatiques antérieures de l'accouchement par voie basse (14,15). On retrouve d'autres raisons à cette demande comme la peur de l'incontinence urinaire, la peur du manque de soutien de l'équipe médicale, la peur d'évacuer des selles lors de la naissance, l'anxiété des examens gynécologiques et d'un travail long, l'influence culturelle et religieuse de la famille et de la communauté ou encore la suggestion de ce mode d'accouchement par un médecin (28). Ces craintes qui conduisent les femmes à demander une césarienne, en dépit des risques et en l'absence d'indication médicale, représentent un enjeu de prise en charge notamment sur le plan psychologique.

En effet, la peur de l'accouchement peut être accompagnée de troubles psychologiques importants, comme l'a révélé une étude réalisée en Norvège montrant que 90% des femmes qui craignaient l'accouchement étaient victimes d'anxiété ou de dépression et que 43% d'entre elles présentaient des troubles alimentaires (16). Ces craintes et représentations de l'accouchement peuvent transformer ce moment en une « épreuve psychique » voire en une « phobie » pour les femmes (29). Il semblerait même qu'en l'absence de prise en charge adaptée, accoucher par voie basse augmenterait les symptômes de stress post-traumatique chez les femmes qui craignaient fortement ce mode d'accouchement (17).

Plusieurs études ont par ailleurs montré le bénéfice d'accompagner les femmes qui présentent ces troubles, en leur offrant un soutien psychologique et des conseils orientés (30). Cet accompagnement permettrait de réduire leur niveau d'anxiété de manière significative (30) et une majorité de femmes initialement en demande de césarienne (86% dans l'étude réalisée) changerait d'avis pour finalement faire le souhait d'un accouchement par voie basse (16). Ce type d'intervention permettrait donc une diminution à la fois des troubles psychologiques et du taux de césariennes, soit une réduction des risques obstétricaux initialement en jeu.

2.2. Les soignants face à la césarienne sur demande maternelle

Les soignants qui sont amenés à recueillir et traiter une demande de césarienne de convenance sont principalement les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. Malgré les enjeux notamment psychologiques que représente la demande maternelle de césarienne, celle-ci n'est pas toujours prise en compte par ces derniers (31). En effet il existe des débats sur les risques et bénéfices de la césarienne sur demande maternelle, qui selon les soignants n'est pas toujours considérée comme « appropriée » (31). Ces débats justifient d'ailleurs la divergence d'attitudes et de pratiques entre les soignants, entre ceux qui sont prêts à accepter cette demande et ceux qui la refusent (31), et il n'existe pas de consensus à ce sujet.

Tout d'abord la césarienne sur demande maternelle est parfois perçue comme un écart à la norme, résultant d'une surmédicalisation de l'accouchement alors que l'accouchement par voie basse est vu comme l'option la plus sûre (32). Une étude réalisée en Argentine estimerait d'ailleurs à 93,2%, le pourcentage de gynécologues-obstétriciens et sages-femmes préférant l'accouchement par voie basse pour leurs patientes, en l'absence d'indication médicale (33). Ce résultat pourrait être justifié par le fait que les soignants estiment que la césarienne sur demande maternelle présente plus de risques que de bénéfices par rapport à un accouchement par voie basse (27), ce qui invaliderait donc d'une certaine façon cette pratique.

De plus, de nombreux soignants perçoivent cette demande comme une « mode », qui serait due entre autres à l'influence des réseaux sociaux et notamment au partage d'expériences de certains influenceurs sur ces réseaux (31). L'exemple des réseaux sociaux a accentué un phénomène déjà présent depuis l'arrivée d'internet à savoir la possibilité d'accéder à des informations non modérées et dont la fiabilité ne peut être garantie. Ce fait semble particulièrement inquiéter les soignants, d'autant plus dans le cadre de la césarienne de convenance (31).

Tout cela montre qu'il peut exister une méfiance ou ambivalence des soignants face à la césarienne sur demande maternelle. En réponse à cette méfiance, certaines femmes peuvent ressentir un manque de considération de la part des soignants et avoir le sentiment d'être jugées (34), ce qui a tendance, selon les femmes concernées, à fermer la discussion autour du sujet et donc à « négliger cet aspect de la pratique

obstétricale » (29). Cette situation illustre l'éventuel conflit qui peut exister entre la réserve des soignants face au souhait maternelle de césarienne, et la demande accrue des femmes de participer activement au choix de leur mode d'accouchement (19).

Cependant, certains cliniciens estiment que tout en encourageant l'accouchement par voie basse, il est important de prendre en considération les préférences d'une femme en matière d'accouchement (32). Certains ont même déclaré accepter de pratiquer une césarienne sur demande maternelle pour respecter le choix des femmes, avec un taux d'acceptation variable selon les pays, allant de 15% en Espagne, à 79% au Royaume-Uni (35). Selon certains cliniciens, leur rôle serait également de soutenir les femmes dans ce processus de prise de décision pour la voie d'accouchement, notamment par le biais de discussions voire d'accompagnement (32).

Ces pratiques sont variables selon les pays, les facteurs culturels, les responsabilités légales ou encore selon un point de vue organisationnel (35). En Chine par exemple, la préparation à la naissance joue un rôle majeur dans l'accompagnement des femmes en demande de césarienne sans indication médicale, et permet même de réduire significativement l'incidence de celle-ci, avec une baisse de 35% du nombre de césariennes sur demande maternelle chez les femmes ayant reçu une éducation prénatale (36). En Suède, la préparation à la naissance couplée à un discours préventif est également un moyen utilisé pour accompagner les femmes en demande de césarienne. Cette intervention consiste à aborder les risques d'une césarienne, montrer que la césarienne n'est pas la meilleure option pour le nouveau-né si aucune indication médicale n'est posée, essayer de convaincre la femme d'un accouchement par voie basse sans déconsidérer sa demande, tout cela en respectant le souhait de césarienne de la femme (37).

L'accompagnement des femmes en demande de césarienne peut convaincre certaines d'entre elles de changer d'avis, cependant ce n'est pas toujours le cas. C'est pourquoi les gynécologues-obstétriciens peuvent être amenés à réaliser une césarienne de convenance, selon le contexte, les raisons évoquées par la femme et l'évaluation de la balance entre les bénéfices et les risques pour la patiente. Il existe également un autre facteur pouvant parfois pousser les médecins à accepter une demande, qui est l'éventuel risque de procédure juridique envers ces derniers vis-à-vis

de leur décision en matière de voie d'accouchement en cas de complications (19). Face à ce conflit éthique dans lequel peuvent se trouver certains soignants, des recommandations pourraient aider à la prise de décision.

2.3. Recommandations concernant la césarienne sur demande maternelle

En réalité, les recommandations concernant la césarienne sur demande maternelle sont peu nombreuses. Cependant certaines recommandations sur la césarienne sont applicables à celle de convenance.

Tout d'abord, il est intéressant de noter que depuis 1985, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que le taux de césariennes idéal au niveau populationnel se situait entre 10 et 15% (8). En effet, l'OMS avait estimé d'après plusieurs études qu'un taux inférieur ou supérieur à cet intervalle majorait la morbidité maternelle et foétale. Cela signifiait qu'au-delà d'un taux de césariennes de 15% en population, aucun bénéfice supplémentaire en termes de santé maternelle et néonatale n'était constaté (8). Cette recommandation a depuis été remise en question due à la difficulté d'estimer un taux idéal de césarienne. Devant l'enjeu de l'augmentation continue du taux de césariennes dans le monde, l'OMS recommande plutôt actuellement de recourir à la césarienne chez « toutes les femmes qui en ont besoin » et chez ces dernières uniquement (8).

Devant ce dernier enjeu, l'OMS recommande également d'utiliser la « Classification de Robson » (annexe 1) afin d'évaluer, surveiller et comparer les taux de césariennes entre les différents établissements de soins, et dans ces établissements au cours du temps (8). Cette classification répartit en dix groupes les femmes ayant obtenu une césarienne, en fonction des facteurs de risque que celles-ci possédaient ou non. C'est notamment grâce à cette classification qu'une étude a pu observer l'augmentation des taux de césariennes chez les femmes à bas risque (6). La classification de Robson permettrait donc de surveiller l'évolution du taux de césariennes chez les femmes à bas risque, et indirectement des césariennes non médicalement justifiées, éventuellement sur demande maternelle.

Concernant la césarienne sur demande maternelle en France, la HAS recommande de proposer un accompagnement personnalisé aux femmes en demande de césarienne après identification des raisons spécifiques de la demande (38). La HAS décrit même ces recommandations comme le devoir du soignant.

Cet accompagnement doit consister notamment à apporter des informations claires et adaptées à la patiente :

- Information et discussion précoce sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), en particulier lors de l'entretien prénatal précoce ;
- Information sur la prise en charge de la douleur lors d'un accouchement (pouvant constituer une réponse efficace à la peur de la douleur chez les femmes) ;
- Information sur les bénéfices et risques encourus lors d'une césarienne programmée, ainsi qu'une comparaison des risques liés à ce type de césarienne par rapport aux bénéfices attendus par la femme.

Après identification des raisons de la demande et information de la patiente, « l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une analyse concertée avec la patiente, de ses motivations » (19). Sur le plan de la décision d'accepter ou non la demande, il semble donc que les recommandations laissent une large place à l'évaluation propre de la situation par les médecins et donc plusieurs possibilités de décision pour ces derniers.

L'objectif d'une information et des échanges qui en découlent, serait finalement d'aboutir à une décision médicale partagée entre la patiente et le soignant (38). La décision médicale partagée aurait comme avantages « une meilleure satisfaction des patients et des médecins, des patients mieux informés et une réduction des regrets liés aux décisions prises » et c'est en partie pourquoi elle est aujourd'hui « perçue comme un impératif éthique » (39). Toutefois, un médecin est autorisé à refuser la réalisation d'une césarienne sur demande. Dans ce cas et lorsque la patiente maintient sa demande, le médecin devra orienter la patiente vers un autre professionnel, qui pourra potentiellement répondre à sa demande (19).

3. Césarienne sur demande maternelle en France

En dehors des recommandations de la HAS, il existe peu de données concernant la césarienne sur demande maternelle. La proportion de femmes en demande de césarienne sans indication médicale n'est pas connue. Cependant, une enquête a estimé qu'en France, parmi les nullipares, environ 5% des césariennes réalisées avant l'entrée en travail étaient pratiquées en l'absence d'indication médicale (13).

Une comparaison entre plusieurs pays d'Europe réalisée en 2006 montre que les soignants en France seraient les moins susceptibles de réaliser une césarienne sur demande maternelle en Europe (35). Il semble par ailleurs que la nature des motivations des femmes peut jouer un rôle dans l'acceptation d'une césarienne sans indication médicale par le corps médical (35). Par exemple, si la seule motivation évoquée est celle du simple respect du « choix maternel », le taux d'acceptation des médecins interrogés serait de 19% (35). En cas de peur de l'accouchement par voie basse, le taux d'acceptation d'une césarienne sans indication médicale descendrait même à 14% (35). Après l'Espagne, il semble que la France présentait la plus grande proportion de soignants qui pourraient, peu importe les raisons, refuser de réaliser une césarienne sur demande maternelle sans indication médicale, avec un taux de 16% de refus (35).

En tout état de cause, il existe tout de même des soignants qui acceptent de réaliser une césarienne sur demande maternelle. En France, une étude ayant interrogé 83 obstétriciens et 115 internes en obstétrique en 2020 a d'ailleurs montré qu'un tiers d'entre eux déclarait avoir réalisé au moins une césarienne sur demande maternelle au cours de leur carrière ; et que 27,7% des obstétriciens déclaraient être prêts à réaliser une césarienne sur demande maternelle. Cependant, cette étude a également montré que la majorité des soignants prêts à faire ce type de césarienne exercent dans le secteur privé (13), ce qui n'est donc pas accessible pour toutes les femmes.

Ces faibles taux observés d'acceptation des demandes maternelles de césarienne pourraient être dus en partie à une forme d'héritage du paternalisme qui a longtemps imprégné la culture médicale en France (35) mais surtout à la tension éthique que représente cette demande (40). En réalité, une seule étude qualitative, à

notre connaissance, a étudié le positionnement des soignants (plus précisément des sages-femmes) sur la demande maternelle de césarienne en France (40). Selon cette étude, cette demande expose les soignants à un dilemme entre « la meilleure façon d'accoucher selon eux », soit l'accouchement par voie basse qui est perçu comme la norme, et le respect du choix et de l'autonomie de la patiente. Le choix des femmes pour la césarienne est souvent vu comme une « déviance » et les soignants auraient tendance « pathologiser » cette demande et à y répondre en orientant les femmes vers un suivi plus spécifique, comme un suivi par un psychologue ou divers professionnels (40).

4. Problématique, questions de recherche et objectifs

Les constats énoncés ci-dessus et le manque de données en France observé dans la littérature soulèvent ainsi plusieurs questions. Tout d'abord, face à cette demande, comment se positionnent les soignants, gynécologues et sages-femmes et pourquoi ? Autrement dit, comment ces derniers perçoivent cette demande et définissent leur rôle vis-à-vis de la patiente ? Pour traiter de ces questions, nous ferons référence à la notion d'attitude, définie ici comme étant l'ensemble des perceptions, positionnements et motivations des soignants, en lien avec la demande maternelle de césarienne. Ensuite, dans la continuité de leurs attitudes, quelles sont les pratiques des soignants c'est-à-dire les actions concrètes mises en place en réponse à cette demande et pourquoi ? Autrement dit, quel accompagnement proposent-ils et dans quel but ?

Au vu du manque global de données sur les pratiques des soignants en France et de l'enjeu en santé maternelle et néonatale que représente la césarienne sur demande maternelle, la question de recherche développée dans ce travail sera donc de savoir quelles sont les attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens face à une demande maternelle de césarienne sans indication médicale ?

Pour répondre à cette question, les deux objectifs suivants ont été définis : comprendre les attitudes des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis d'une demande maternelle de césarienne ; puis explorer leurs pratiques vis-à-vis de cette demande.

III. Matériel et méthode

Cette étude a préalablement été déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), via une démarche en ligne, selon la méthodologie de référence MR-004. Cette méthodologie de référence encadre « les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine » (annexe 2).

1. Type d'étude et population d'étude

Etant donné que cette étude est, à notre connaissance, la première à explorer les attitudes et pratiques des obstétriciens vis-à-vis d'une demande maternelle de césarienne, nous avons choisi de réaliser une étude de type qualitative exploratoire.

Cette étude a été menée auprès d'obstétriciens, exerçant dans un hôpital public ou un établissement privé de la région Ile-de-France. Afin de constituer un échantillon de cette population, nous avons contacté par courrier électronique 32 obstétriciens au total, répondant à ces critères. Dans ce courrier, je me présentais en tant qu'étudiante sage-femme en dernière année réalisant mon mémoire de fin d'études et en exposais le sujet, à savoir, « La césarienne sur demande maternelle : attitudes et pratiques des soignants ». A la suite de cette présentation, j'expliquais que j'étais à la recherche de praticiens hospitaliers, public ou privé, pour participer à mon étude et réaliser des entretiens d'une trentaine de minutes.

Une première salve d'invitations a été envoyée mi-août 2023. Au fur et à mesure de la constitution de l'échantillon et de la réponse des personnes invitées, nous avons renvoyé des invitations jusque début novembre 2023. Le but était d'atteindre un nombre minimal de dix participants pour parvenir à une significativité acceptable des données, avec une représentation équitable des deux types d'exercice (public/privé). Nous avons ainsi obtenu un échantillon de douze participants à partir des obstétriciens, qui, après avoir été contactés, ont accepté de participer à cette étude (échantillonnage de convenance).

2. Collecte des données

Nous avons collecté les données à l'occasion d'entretiens individuels semi directifs, réalisés auprès des obstétriciens qui constituaient l'échantillon d'étude, soit douze entretiens d'une durée moyenne de 27 minutes. Lors de ces entretiens, les données ont été recueillies grâce à un guide d'entretien (annexe 3), conçu préalablement et spécifiquement pour répondre aux deux objectifs spécifiques de recherche : (i) comprendre les attitudes ; (ii) explorer les pratiques. Ce guide était uniquement composé de questions ouvertes, spécifiquement choisies et organisées autour de trois grands thèmes : l'avis sur la césarienne sur demande maternelle, la réponse à la demande et la décision de la voie d'accouchement.

Les douze entretiens ont eu lieu entre le 21 septembre 2023 et le 6 décembre 2023. Nous avons fait le choix de privilégier l'entretien en face-à-face quand c'était possible, auquel cas celui-ci se déroulait dans l'établissement où exerçait le médecin interviewé, dans une pièce fermée et au calme. Malgré tout, deux entretiens parmi les douze, se sont déroulés en visioconférence à la demande des participants.

Les entretiens ont tous commencé par une phase de préparation, durant laquelle je me présentais à nouveau et exposais le propos de l'étude. La personne interviewée était remerciée pour sa participation à l'étude et il était précisé que les données recueillies à l'occasion de cet entretien seraient anonymisées. Puis, après avoir demandé l'autorisation d'enregistrer l'entretien, je commençais par poser quelques questions d'introduction, destinées à recueillir des informations sur le participant et son lieu d'exercice. Pour la suite de l'entretien, les questions contenues dans le guide ont servi de lignes directrices pour interviewer les médecins, tout en veillant à respecter leurs propos et à relancer l'entretien en fonction des réponses des participants. Pour illustrer nos entretiens et leur déroulé, l'un d'entre eux a été choisi et intégré aux annexes de l'étude (annexe 4).

3. Analyse des données

Dans un premier temps, les douze entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur intégralité et anonymisés. Ces données ont ensuite été exploitées à l'aide d'une analyse thématique. La démarche adoptée était celle d'une approche inductive, dans laquelle l'analyse se fait à partir des thèmes qui émergent des données et non à partir d'une hypothèse préétablie ou d'un cadre théorique.

Nous avons d'abord réalisé une analyse verticale de chaque entretien, afin d'en identifier les thèmes importants pour répondre à notre objectif de recherche. Des thèmes communs ont ainsi pu être dégagés à l'issue de cette analyse verticale. Puis, nous avons réalisé une analyse horizontale des entretiens, dans laquelle nous avons exploité les données regroupées par grands thèmes. Pendant cette étape, nous nous sommes appliqués, pour chaque thème, à mettre en évidence les récurrences, les divergences, et les nuances dans les données recueillies, et à comprendre comment ces éléments pouvaient répondre à la question de recherche. A l'issue de cette étape, un résumé de chaque thème a été produit et a servi de base pour la présentation à venir des résultats, dans ce manuscrit.

Il est important de noter que lors de cette étude, notre objectif n'était à aucun moment de juger les attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens interviewés, vis-à-vis d'une demande maternelle de césarienne, ni de parvenir à l'établissement de « bonnes pratiques ». J'ai notamment veillé à ce que mon attitude reflète ce positionnement durant les entretiens effectués. Notre objectif était de décrire les attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens envers une demande maternelle de césarienne, qui se dégagent à l'issue de notre analyse et d'en comprendre les tenants et les aboutissants aux yeux des participants.

IV. Résultats et analyse

Lors de nos entretiens, les questions posées en phase préparatoire avaient pour but de collecter des informations à propos des participants (temps d'exercice et type d'établissement) et de contextualiser leurs propos, recueillis par la suite. Le Tableau 1 présente ces informations, par entretien.

Tableau 1 : Description des participants en fonction de leur temps d'exercice et le type d'établissement

N° d'entretien	Temps d'exercice	Etablissement d'exercice
Entretien n°1	5 ans	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°2	5 ans	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°3	2 ans	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°4	18 ans	Hôpital privé à but non lucratif (temps plein)
Entretien n°5	4 ans	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°6	33 ans	Hôpital privé (60%) Hôpital public (40%)
Entretien n°7	27 ans	Hôpital privé à but non lucratif, non conventionné (temps plein)
Entretien n°8	18 ans	Hôpital privé à but non lucratif (temps plein)
Entretien n°9	34 ans	Hôpital privé à but non lucratif, non conventionné (temps plein)
Entretien n°10	1 an	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°11	2 ans	Hôpital public (temps plein)
Entretien n°12	7 ans	Hôpital public (temps plein)

1. Avis sur la césarienne sur demande maternelle

1.1. Des opinions divergentes sur la césarienne sans indication médicale

Concernant la césarienne sans indication médicale en elle-même, les avis sont partagés. D'un côté ceux qui ont un avis plutôt positif ou nettement positif sur la césarienne sans indication médicale : « *c'est tellement un non-problème pour moi (la césarienne sur demande maternelle) que après on va en parler (avec la patiente)* » (entretien 1) ; « *globalement, moi j'y vois pas d'inconvénient* » (entretien 3) ; « *j'y suis pas du tout opposé à partir du moment où les risques, les bénéfices, ils sont expliqués, que c'est une décision réfléchie* » (entretien 5) ; « *En soi, moi ça me dérange pas plus que ça. [...] Je suis pas contre l'idée de faire une césarienne programmée si la patiente est demandeuse.* » (entretien 6) ; « *J'ai pas d'objection particulière. [...] Moi je pense que ça doit pas être un tabou la césarienne sur demande maternelle. En fait c'est une option pour les patientes. C'est une façon d'accoucher et voilà.* » (entretien 8).

D'un autre côté, il y a des médecins qui ont un avis négatif ou plutôt négatif de la césarienne sans indication médicale : « *C'est un dévoiement des pratiques. Moi je pense que [...] médicalement, c'est une aberration* » (entretien 4) ; « *au vu des bénéfices et des risques, je pense qu'elle ne devrait pas être réalisée* » (entretien 12) ; « *quand on me demande une césarienne de convenance, je donne pas un avis positif immédiat [...] je ne dis jamais oui mais je ne dis jamais non, non plus. C'est un geste chirurgical qui reste risqué donc du coup je ne l'indique jamais en première intention. En fait ça ne doit pas être recommandé, enfin en tout cas pas en première intention* » (entretien 2) ; « *faut que ça reste quelque chose d'exceptionnel [...] c'est toujours dommage de faire une césarienne.* » (entretien 11) ; « *Moi je pense que c'est dommage, qu'il y a une mauvaise connaissance de l'accouchement voie basse et des possibilités qu'on peut faire, quand c'est vraiment purement une demande maternelle* » (entretien 10).

On constate par ailleurs que, chez la quasi-totalité des médecins interrogés, leur avis semble se forger autour de la question de la balance entre les bénéfices et les risques de la césarienne sans indication médicale par rapport à l'accouchement par

voie basse. La plupart des participants considèrent que cette balance est en défaveur de la césarienne : « *si on prend uniquement un critère de jugement sur un critère de jugement composite très, on va dire périnatal, c'est sûr que la balance bénéficie risque au niveau de la fréquence des complications de la morbidité et de la mortalité maternelle et de la morbidité, qu'elle soit périnatale ou pédiatrique, à plus long terme, effectivement la balance serait plus au final à une tentative de voie basse chez les patientes* » (entretien 1) ; « *c'est pour moi quand même un risque chirurgical, sans indication [...] C'est un geste chirurgical qui reste risqué donc du coup je ne l'indique jamais en première intention* » (entretien 2) ; « *C'est une intervention chirurgicale avec un risque infectieux, un risque thrombo-embolique, un risque hémorragique qui est augmenté par rapport à l'accouchement par voie naturelle. [...] et tout ça ne concerne que le risque à court terme. Derrière ça, il y a encore le risque à long terme, c'est-à-dire le risque pour une grossesse future [...] et on a en plus maintenant de plus en plus de questionnements sur le risque à long terme pour l'enfant.* » (entretien 4) ; « *ça a des conséquences pour leur futur obstétrical. Que ça reste une opération chirurgicale, donc ça reste un risque qu'on fasse des lésions des organes, et puis même pour elle, la récupération.* » (entretien 11) ; « *Donc je pense que s'il y a pas d'indication médicale, le rapport bénéfice-risque est pas en faveur d'une césarienne.* » (entretien 12).

En revanche, pour d'autres, la balance bénéfice-risque est différente et semble plus favorable à la césarienne programmée même sans indication médicale, en raison notamment de l'incertitude liée à la tentative de l'accouchement par voie basse : « *la littérature montre que [...] la morbidité d'une césarienne faite à terme à membrane intacte en dehors du travail, est assez comparable à celle de l'accouchement par voie basse [...] in fine l'accouchement c'est un truc finalement très aléatoire. Beaucoup plus aléatoire qu'une césarienne* » (entretien 7) ; « *il y a peut-être même moins de risques à la césarienne programmée qu'à une tentative d'accouchement par voie basse* » (entretien 8) ; « *Parce que je me dis qu'on peut jamais garantir un accouchement par les voies naturelles sans aucun problème. Tout peut arriver aussi hein en accouchant. [...] On peut pas garantir l'absence de césarienne en urgence aussi pendant le travail. De toute façon la césarienne programmée au total, c'est quand même celle où il y a le moins de risques infectieux et hémorragiques, donc on va pas faire ça de façon habituelle comme ça au*

quotidien, mais c'est vrai que c'est pas quelque chose finalement qui est aussi risqué que ça » (entretien 6).

1.2. Un avis au cas par cas, en fonction du contexte

Malgré l'opinion générale de chacun sur la césarienne sans indication médicale, il semble que, pour nombre de participants, leur avis sur la réalisation d'une césarienne sur demande maternelle sans indication médicale serait également influencé par le contexte clinique. En particulier, certains facteurs peuvent parfois remettre en question leur jugement de la balance bénéfices-risques : « *ça dépend du projet de la dame. Si elle veut plusieurs enfants ou pas. Mais si elle en veut que un et qu'elle sait qu'elle va s'arrêter là... en fait, c'est plus pour l'avenir obstétrical et chirurgical que, sur vraiment la naissance maintenant, je pense que ça permet de mieux maîtriser la naissance. Après si elle en... si elle veut 4 ou 5 enfants, j'orienterai plutôt vers un « non » (entretien 3) ; « si elle a été opérée X fois de fissures anales ou de... ou elle a une maladie de Crohn avec X reprises chirurgicales et tout, c'est vrai que si son proctologue a l'impression que peut-être qu'un accouchement par césarienne programmée serait préférable [...] on suit un peu ces indications médicales qui pourraient peut-être être discutables mais voilà » (entretien 6) ; « si j'ai une patiente qui fait 150 kilos, qui a eu deux interventions chirurgicales où là de facto, je vais lui dire que la morbidité de l'accouchement voie basse est vraiment inférieure par rapport à la morbidité de la césarienne. Là on est plus dans le même contexte. Parce qu'elle a des facteurs de risque qui sont particuliers » (entretien 7) ; « c'est vrai que les FIV, dons d'ovocytes, ou premières grossesses à 41 ans, la dame te dit qu'elle veut que deux enfants, j'entends. J'entends, une césarienne à la demande ça me paraît raisonnable, parce que je sais qu'elle augmentera pas son risque statistique de grosses complications, vu qu'elle s'arrêtera probablement à deux césariennes » (entretien 10).*

Les participants ont souligné une certaine flexibilité pour définir ce qui est du ressort de l'indication médicale et que dans certains contextes, cette notion est discutable et qu'une définition plus large de l'indication médicale est admise. Plusieurs participants ont cité l'exemple d'antécédents traumatiques chez des femmes en demande de césarienne. En effet, il semblerait qu'un traumatisme passé ou un antécédent de violences, entreraient pour certains, dans l'indication médicale : « *y en a*

qui ont déjà subi des agressions sexuelles [...] et dans ces cas-là, on accorde beaucoup plus volontiers. Enfin là, c'est quasi une indication, on va dire médicale » (entretien 3) ; « Parfois derrière l'idée d'une césarienne, sans indication médicale, en réalité, il y a un vrai traumatisme passé [...] qui nous fait basculer de la soi-disant césarienne de convenance vers la césarienne médicale » (entretien 4) ; « la seule indication selon moi ça serait en fait un traumatisme » (entretien 11) ; « si l'indication psychologique est un antécédent sévère de type viol et difficultés à accepter une voie basse [...] on considère qu'il y a une indication médicale » (entretien 12).

Ces antécédents pourraient potentiellement entrer dans ce qu'appellent les médecins, l'indication psychologique, bien distinguée par certains de l'indication médicale. Cette indication psychologique pourrait justifier une césarienne : *« Parfois derrière l'idée d'une césarienne, sans indication médicale, en réalité, il y a [...] une vraie indication médicale qui peut être de nature psycho-psychiatrique ou psychopathologique » (entretien 4) ; « il y a un facteur psychologique, donc médical » (entretien 5) ; « ça serait une césarienne [...] pour motif psycho » (entretien 8) ; « on le met facilement dans anxiété maternelle [...] sans qu'on ait une vraie pathologie psy étiquetée ou un versant psychologique » (entretien 10) ; « s'il y a pas d'indication, y a pas d'indication. Après là en effet, je pense que c'est toujours cette barrière fine entre l'indication psychologique qui peut en être une » (entretien 12).*

Malgré le caractère ambigu de l'indication médicale, une partie des médecins pense qu'il existera toujours une indication pour faire une césarienne si l'on creuse l'origine de la demande : *« Au final, si tu fouilles, il y a toujours une indication médicale » (entretien 5) ; « je pense qu'on devrait pas les catégoriser ces femmes, et que toute demande finalement indirectement, il y a un petit motif médical dedans » (entretien 10) ; « on trouve toujours une indication si on veut en trouver une. Voilà. On peut trouver des indications mais elles ne seront pas forcément médicales » (entretien 12).*

1.3. Les facteurs responsables de la demande de césarienne

La plupart des médecins interrogés pensent que la plupart des femmes en demande de césarienne sont en fait peu ou mal informées : « *parce qu'il y a une mésinformation à la base, je pense que faut quand même un petit peu creuser* » (entretien 1) ; « *Y a beaucoup de, je pense, de méconnaissances [...] c'est des patientes pas forcément bien informées* » (entretien 2) ; « *je pense qu'il y a une grande partie de manque d'information* » (entretien 3) ; « *Elles sont sur Internet, elles vont chercher des informations après elles vont peut-être pas toujours sur les sites qui sont les meilleurs, [...] elles sont informées, mais comment elles sont informées ?* » (entretien 6) ; « *la plupart du temps c'est soit lié à une peur, soit une fausse représentation de ce que c'est* » (entretien 7) ; « *C'est des femmes qui [...] ont pas forcément le même background scientifique, et donc c'est à nous en fait de leur expliquer* » (entretien 12). Cette mésinformation concernerait autant l'accouchement par voie basse que par césarienne et conduirait notamment certaines femmes à avoir ce qu'un participant appelle des « fausses croyances » : « *parfois c'est juste sur des fausses croyances de l'accouchement voie basse, et en fait en discutant avec elles on les rassure et souvent finalement elles changent d'avis [...] elles viennent avec des fausses croyances version voie basse, mais en fait elles ont aussi plein de fausses croyances pensant que la césarienne y a zéro complication* » (entretien 10) ; « *je pense qu'il y en a beaucoup qui ne se rendent pas compte que ça reste une opération* » (entretien 11).

Néanmoins, beaucoup de participants semblent aussi penser qu'une demande de césarienne est souvent en lien avec la peur ou l'angoisse des femmes d'accoucher par voie basse : « *souvent en fait, y a une détresse derrière et une angoisse* » (entretien 2) ; « *Je me dis mince elle a pas été soit préparée soit on lui a pas expliqué, soit elle a peur de la douleur* » (entretien 3) ; « *C'est se prémunir vraiment contre des angoisses fortes* » (entretien 4) ; « *Quelques femmes qui demandent [...] parce qu'elles ont peur d'accoucher par les voies naturelles* » (entretien 6) ; « *la peur d'accoucher est telle que la meilleure manière de pas se retrouver devant le risque d'accoucher, c'est de pas être enceinte* » (entretien 7) ; « *Souvent elles ont peur d'accoucher, [...] ou elles ont l'angoisse de la salle d'accouchement* » (entretien 8) ; « *on a découvert des problèmes psychiatriques sous-*

jacents hein vraiment des patientes qui ont en fait des troubles anxieux généralisés » (entretien 10) ; « Juste la peur de l'accouchement voie basse » (entretien 11).

Ils perçoivent que cette angoisse de l'accouchement par voie naturelle serait liée à différents facteurs :

- La peur du traumatisme pelvien : *« c'est qu'elles ont vécu souvent un accouchement traumatique avec un forceps » (entretien 2) ; « Souvent elles ont peur du traumatisme pelvien quoi » (entretien 3) ; « Il y a la crainte du forceps [...] elles vont vous dire « OK, moi je veux bien accoucher voie basse, mais est-ce que vous me garantissez que je vais avoir pas d'épisio et pas de forceps ? Ah bah non, et bah dans ces cas-là, je préfère une césarienne » » (entretien 7) ; « elles ont peur de se délabrer le périnée » (entretien 8) ; « y a les primi qui [...] voient toutes les statistiques et qui disent « oh moi j'ai peur du périnée complet et cetera ». C'est plus voilà sur l'accouchement traumatique en soi » (entretien 10).*
- Les antécédents de violences ou traumatismes : *« Il y a un contexte psychologique derrière, un vrai vécu » (entretien 2) ; « Mais y en a qui ont déjà subi des agressions sexuelles » (entretien 3) ; « Ça peut être des antécédents personnels [...] ça peut être des patientes qui ont eu des agressions sexuelles quand elles étaient jeunes » (entretien 5) ; « c'est plus des patientes qui ont vécu, alors soit un traumatisme, des violences sexuelles quoi » (entretien 6) ; « Il y a celles qui ont un vaginisme. Puis il y a celles aussi qui ont subi des violences » (entretien 7) ; « parfois aussi on dépiste des dames qui ont en fait un antécédent viol dans l'enfance » (entretien 10).*
- L'incertitude de la date : *« Je pense qu'il y a des femmes qui [...] vont avoir besoin de ce côté très horlogé, très cadré [...]. Il y a des gens qui sont très anxieux de toute modification du projet de soins » (entretien 1) ; « y a toute une partie des femmes qui ont besoin de contrôler, de contrôler la date, de contrôler l'organisation » (entretien 3) ; « C'est la volonté d'un contrôle total sur le mécanisme de la naissance en programmant l'heure, le jour, la date » (entretien 4) ; « y a celles qui veulent pas perdre le contrôle » (entretien 7) ; « Il y a des femmes pour qui l'incertitude de la date, de la manière dont ça va se dérouler, est insupportable » (entretien 12).*

Selon certains, il pourrait exister un lien entre la peur de la voie basse et l'influence familiale, sociale et culturelle des femmes : « *Mais il y a souvent quand même derrière cette demande, [...] une histoire familiale, une personne dans l'entourage, qui a vécu un accouchement extrêmement compliqué* » (entretien 4) ; « *dans tout son entourage [...], toutes ses copines ou famille qui ont accouché récemment, les accouchements voie basse se sont pas bien passés donc forcément elle le répercute sur sa propre grossesse* » (entretien 5) ; « *souvent soit elles sont conditionnées par des histoires familiales [...] des histoires culturelles* » (entretien 7) ; « *j'ai eu des « mes copines m'ont dit que ça se passait pas bien », enfin voilà. En fait c'est plus parce qu'elles ont entendu des choses, en fait en reprenant avec elles, on se rend compte que c'est pas fondé quoi* » (entretien 11).

1.4. Une considération particulière pour la demande

Aucun médecin ne semble contre la formulation d'une demande de césarienne et tous semblent accueillir positivement à la fois la demande et la discussion qui s'en suit : « *c'est qu'elle se sent à l'aise* » (entretien 3) ; « *ça ne me choque pas du tout. Je n'ai pas d'opposition à ce que ce soit formulé* » (entretien 5) ; « *ça me choque pas qu'elles fassent la demande* » (entretien 12). La plupart soulignent même, au contraire, qu'il est important que cette demande soit formulée « *le plus tôt possible* » (entretien 12), « *le plus souvent c'est d'emblée. C'est à la première consultation* » (entretien 7), afin d'avoir le temps d'en discuter : « *c'est [...] très bien je pense, qu'on puisse avoir ces discussions avec les patientes* » (entretien 1) ; « *j'ai plutôt tendance [...], à susciter justement cette réflexion* » (entretien 5) ; « *franchement je trouve que c'est bien qu'on ait la discussion entre les deux* » (entretien 10).

Il est finalement ressorti qu'en majorité, cette demande était comprise, ou du moins entendue : « *je considère pas qu'une demande est pas raisonnable* » (entretien 4) ; « *dans certaines situations, finalement, c'est loin d'être con la demande, elle est même plutôt pertinente [...] je trouve qu'il y a une rationalité à le demander* » (entretien 7), « *une césarienne à la demande ça me paraît raisonnable* » (entretien 10). Mais certains soulignent qu'elle est désormais « *trop banalisée* » (entretien 10) ; « *ça s'est banalisé, comme on banalise la césarienne en cours de grossesse* » (entretien 11). La majorité des intervenants reconnaît même que les femmes formulant cette demande ont leur

propres raisons et évoquent un non-jugement de celles-ci : « *je considère pas qu'une femme est forcément déraisonnable. Elle a sa rationalité qui est pas forcément une rationalité médicale* » (entretien 4) ; « *j'ai pas à avoir de sentiments (sur les femmes qui souhaitent une césarienne sans indication médicale)* » (entretien 5) ; « *Mais j'ai pas d'impression (sur les femmes qui font une demande de césarienne)* » (entretien 9) ; « *De toute façon, je pense que si elle vient qu'elle demande une césarienne, elle a une raison. Elle vient pas comme ça juste pour dire, tiens je veux juste une césarienne comme ça* » (entretien 6).

2. Réponse à la demande et accompagnement proposé

2.1. Des intentions précises derrière le suivi proposé

Quelle que soit la suite donnée à la demande par le médecin, on peut distinguer deux grandes approches en matière d'accompagnement.

Une première approche se dégage et consisterait à accompagner les femmes pour leur permettre de faire un choix de voie d'accouchement de manière éclairée : « *c'est pour être sûr qu'elle a bien compris que vraiment, elle... que sa demande ne repose pas sur juste une angoisse comme ça* » (entretien 6) ; « *qu'elle ait une juste représentation de ce qu'est l'accouchement voie basse [...]. Si elle choisit d'être césarisée parce que elle a tout vu et que finalement c'est un vrai choix [...]. Que finalement le jour où je vais faire l'accouchement, la césarienne en l'occurrence, d'avoir le sentiment que la femme qui est allongée sur la table, à qui je fais une césarienne, elle a choisi réellement en conscience, elle a été éclairée. Voilà, c'est pas un choix euh... c'est pas un faux choix quoi. Elle s'est pas sentie prise dans une impasse quoi. C'est un choix assumé.* » (entretien 7) ; « *C'est pour qu'elles puissent faire un choix éclairé* » (entretien 8) ; « *Pour qu'elle fasse son choix, bah avec le plus, enfin de la façon la plus objective possible [...] c'est pour qu'elles aient vraiment l'information la plus éclairée possible* » (entretien 10) ; « *je trouve que finalement parfois ça permet de... en tout cas d'éclaircir des situations [...]. C'est voilà qu'elles aient vraiment, voilà toutes les clés en mains pour prendre cette décision* » (entretien 11).

Une seconde approche se révèle à travers les entretiens et repose plutôt sur un accompagnement qui permettrait aux femmes en demande de césarienne de changer d'avis et de se projeter vers un accouchement par voie basse : « *en tant qu'obstétriciens, on est quand même pour la voie basse [...] c'est pour que tout se passe bien* » (entretien 2) ; « *Bah pour les convaincre d'accoucher voie basse* » (entretien 3) ; « *L'idée bien évidemment, c'est de minimiser le risque maternel et fœto-infantile [...] il y a une part d'orientation vers la voie basse pour minimiser ces risques* » (entretien 4) ; « *moi j'essaie de les convaincre (d'accoucher par voie basse)* » (entretien 11) ; « *honnêtement, pour faire changer d'avis. Qu'elle soit convaincue de la voie basse et surtout qu'elle soit heureuse d'accoucher par les voies naturelles, quoi. Convaincue aussi du bénéfice potentiel.* » (entretien 12).

2.2. Une réponse personnalisée aux motivations des femmes

Selon tous les médecins interrogés, la première étape de la prise en charge est la discussion avec les patientes, pour comprendre leurs motivations à formuler cette demande : « *L'objectif [...] c'est de comprendre ses motivations* » (entretien 1) ; « *j'interroge la patiente pour savoir pourquoi, voilà, pourquoi est-ce qu'elle demande ça ? Qu'est-ce qu'elle a vécu ? Qu'est-ce qu'elle veut, qu'est-ce qu'elle... est-ce qu'il y a quelque chose en particulier ?* » (entretien 2) ; « *j'essaierai de comprendre pourquoi* » (entretien 3) ; « *le premier travail c'est vraiment de comprendre la motivation* » (entretien 4) ; « *moi je leur dis « oui, oui, j'entends », je dis « [...] Après [...] vous m'expliquerez pourquoi vous me demandez ça ».* » (entretien 7) ; « *la première question c'est « pourquoi ? ».* » (entretien 10) ; « *c'est mon travail d'essayer de comprendre pourquoi elles veulent pas d'accouchement voie basse* » (entretien 11).

Il semblerait que la suite de la prise en charge dépende des motivations évoquées par les femmes. Environ la moitié des médecins décrit par exemple le point de vue organisationnel de ce souhait, pour lequel une alternative telle que le déclenchement pourrait être proposée : « *si vraiment j'ai l'impression que c'est plus une demande pour une césarienne mais sans aucune arrière-pensée, c'est juste elle veut la césarienne parce que [...] c'est programmé, c'est organisé... Voilà, j'essaie de les pousser dans ces cas-là, plutôt vers le déclenchement* » (entretien 2) ; « *plutôt que de proposer*

une césarienne on a proposé un déclenchement (dans le cadre d'une organisation personnelle) » (entretien 4) ; « quand c'est vraiment purement organisationnel, pour pas avoir le stress de courir à la maternité ou des trucs comme ça, ou parce qu'elle gère je sais pas ses parents malades ou j'en sais trop rien, on lui propose un déclenchement déjà [...] nous on fait des maturations à partir de 39 sans indication médicale » (entretien 10) ; « (dans un cadre organisationnel proposez-vous un déclenchement ?) Oui, bien sûr. » (entretien 11).

Par la suite, la prise en charge des femmes ayant des antécédents particuliers, semble s'appuyer à l'unanimité sur la proposition d'une consultation avec un psychologue ou un psychiatre : *« Si on soulève en fait des éléments particuliers dans son histoire personnelle [...] faut voir si on a besoin de solliciter d'autres intervenants, notamment des psychologues » (entretien 1) ; « Si je trouve quoi que ce soit qui m'oriente vers peut-être un suivi psychologique nécessaire, tout ça, je l'adresse en général vers la psychologue » (entretien 2) ; « quand on voit qu'elles ont des appréhensions au niveau de la vulve, du périnée, qu'elles sont pas à l'aise avec cette partie-là, ou qu'il y a de l'anxiété, parce que souvent, il y a beaucoup, beaucoup d'anxiété et bah du coup, elles voient la psychologue » (entretien 3) ; « Si c'est se prémunir vraiment contre des angoisses fortes, à ce moment-là ça peut se travailler avec des psychiatres » (entretien 4) ; « je me dis qu'avec la psy souvent les psy bah ils ont... surtout les psychologues qui travaillent en maternité, elles vont chercher des petites choses que nous, on n'a pas... auquel on n'a pas fait très attention. Donc elle nous aide dans la prise de décision » (entretien 6) ; « Si elles ont subi des violences voilà, s'il y a une histoire d'inceste ou de viol ou de violences psychologiques [...] là on a un psychologue, une psychiatre » (entretien 7) ; « S'il y a une angoisse sous-jacente, éventuellement l'envoyer voir un psychologue pour essayer d'éclaircir un petit peu le soucis » (entretien 8) ; « celle qui dit, « j'ai peur de pousser » tout ça, bah est-ce que vous voulez en discuter avec un psychologue du service, et en général elles refusent, mais on leur propose toujours » (entretien 10) ; « ici on accepte, mais c'est sous réserve qu'effectivement elles rencontrent une psychologue si elle le souhaite, c'est pas obligatoire [...] faut essayer de décortiquer, qu'est-ce qui leur fait peur dans la voie basse. Et donc voilà, j'aime bien les faire évaluer par une psychologue. Je dis pas que c'est forcément lié à un trouble du psychologique » (entretien 11) ; « Il y a des femmes pour qui c'est juste*

insupportable d'accoucher et à ce moment-là j'ai tendance à aller rapidement demander une consultation avec un psychologue » (entretien 12).

D'autres intervenants peuvent également être proposés, et sont variables selon les gynécologues-obstétriciens : « *faut voir si on a besoin de solliciter d'autres intervenants [...] des sexologues, [...] voir s'il y a d'autres professionnels de santé qu'il faut aussi solliciter » (1) ; « je leur fais rencontrer donc vraiment l'anesthésiste » (entretien 2) ; « je leur dis « bon, vous pourriez peut-être aussi en discuter avec une sage-femme, est-ce que vous avez envie d'en discuter avec un pédiatre ? » [...] Et puis là on a [...] une sexologue » (entretien 7) ; « je les emmène aussi faire de l'hypnose, on a un anesthésiste ici qui fait de l'hypnose » (entretien 11) ; « Parfois y a un côté social aussi et culturel, donc on a une psychiatre ethnologue » (entretien 12).*

Dans une situation où un professionnel ne serait pas en accord avec la demande de césarienne sans indication médicale, une orientation vers un autre professionnel ou autre établissement, serait la prise en charge pouvant être proposée : « *Parfois on peut leur dire d'aller dans le privé aussi [...] si vraiment tout le monde a du mal à soutenir cette demande-là, bah on l'adresse dans l'hôpital privé » (entretien 2) ; « si on dit non dans ces cas-là, on l'adresse à quelqu'un d'autre » (entretien 3) ; « je sais pas s'il y en a qui refusent dans l'équipe, peut-être... auquel cas ils orienteraient sur un praticien qui accepterait » (entretien 7) ; « si la demande est contraire à mon éthique je vais lui conseiller d'aller voir d'autres médecins » (entretien 9) ; « si jamais cette demande persiste, c'est une personne que je transférerais dans un autre établissement » (entretien 12).*

2.3. L'importance d'une information complète et loyale

Quelles que soient les motivations des femmes, on constate que la totalité des médecins base son accompagnement sur l'information de celles-ci. L'information apportée aux patientes semble correspondre à l'explication des bénéfices et risques de chacune des voies d'accouchement : « *expliquer les avantages et les inconvénients de chaque chose, les risques éventuels » (entretien 1) ; « Il s'agirait juste de donner bien toutes les informations sur les bénéfices et risques de chaque voie d'accouchement » (entretien 4) ; « on est quand même obligé de toujours expliquer les bénéfices et les*

risques d'une intervention. [...] Que la césarienne ou la voie basse, il y a des bénéfices et des risques pour les deux voies d'accouchement » (entretien 5) ; « expliquer comment ça se passe. Ce qu'est un accouchement par les voies naturelles, quels sont les bénéfices, quels sont les risques des deux options [...] leur expliquer quels sont les risques, comme pour toute intervention chirurgicale finalement » (entretien 8) ; « on lui explique en fait chaque risque de chaque procédure » (entretien 10) ; « je lui explique tous les risques liés à la césarienne. Et après je lui dis aussi les risques l'accouchement voie basse » (entretien 11) ; « (délivrer les informations) Médicales pour le coup autour des bénéfices et des risques. De la césarienne et de la voie basse » (entretien 12).

Certains d'entre eux soulignent que cette information doit être claire et loyale, ce qui signifie qu'elle doit être impartiale et concerner les deux voies d'accouchement de la même manière : *« on veut mettre en avant l'autonomie des patients [...] en les informant de manière adéquate [...] faudrait que les chiffres qu'on leur annonce... en fait que l'information soit loyale » (entretien 1) ; « Il faut pas non plus idéaliser l'accouchement voie basse. La voie basse ça peut être un accouchement très compliqué aussi [...] c'est une certaine violence hein cet accouchement donc il s'agit pas non plus de cacher cette réalité... cette réalité violente » (entretien 4) ; « on a toujours tendance à dire « oui bah la césarienne, risque de saignement, risque de plaie opératoire, ceci cela », mais jamais on va dire aux patientes « bah vous allez avoir un accouchement voie basse. Bah il y a aussi un risque de césarienne pendant le travail, il y a un risque de faire un forceps et de faire une embarrure, il y a un risque de déchirure périnéale ». Enfin il y a aussi des risques quoi. Donc je pense que c'est... le plus important, c'est de bien informer les patientes [...] la patiente elle prend la décision de façon claire, loyale » (entretien 5) ; « quand tu discutes avec la patiente, tu vois bien si effectivement ces informations sont correctes ou pas et [...] nous on est là justement pour donner des informations, expliquer, et conseiller » (entretien 9) ; « que ce soit la voie basse ou la césarienne [...] l'information est libre et éclairée » (entretien 10).*

Concernant la manière de délivrer cette information, il semblerait qu'environ la moitié des médecins s'appuient sur un document écrit, qu'ils délivrent à la patiente : *« je leur donne la feuille d'information du collège là sur la césarienne programmée avec les risques pour qu'elle voit un peu aussi. » (entretien 2) ; « les choses elles ont été écrites, expliquées, comprises » (entretien 5) ; « on est obligé de donner une information écrite*

aussi sur la césarienne programmée donc je leur donne [...] on s'aide de fiches écrites quoi, on a des informations écrites sur la césarienne » (entretien 6) ; « nous on a même une fiche d'informations, qu'on leur remet aux patientes, avec infos voie basse et infos césarienne [...] elle a signé un consentement « autorisation d'opérer avec risque opératoire », qui est écrit noir sur blanc » (entretien 10).

2.4. Les limites rencontrées en matière de réponse à la demande de césarienne

Plusieurs participants perçoivent que la réponse apportée à une femme en demande de césarienne, pourrait être contrainte par plusieurs facteurs. La principale limite perçue serait liée à l'environnement professionnel dans lequel exerce le professionnel. Pour la moitié d'entre eux, la demande maternelle de césarienne serait mal acceptée dans les structures publiques, limitant la marge de manœuvre des professionnels qui y exercent : *« on refuse à ces patientes qui veulent une naissance médicalisée, une prise en charge dans le public, on les adresse dans le privé parce qu'en fait ça ne correspond pas aux standards » (entretien 1) ; « j'ai jamais fait (de césarienne sur demande maternelle) parce que à l'hôpital, on le fait jamais » (entretien 3) ; « quand j'étais chef de clinique, je travaillais dans un endroit (structure publique) où la question était vite tranchée, hein. C'est-à-dire que la demande de césarienne de convenance [...], soit on les convainquait qu'il fallait accoucher par voie basse, soit on les envoyait ailleurs. » (entretien 4) ; « À ***** (ancien lieu de travail, structure publique) euh... Bah à ***** du coup, les patientes qui ont des demandes comme ça, elles vont directement dans le privé parce qu'elles savent qu'on fait pas les césariennes sur demande maternelle » (entretien 5) ; « dans le public [...] moi personnellement je l'accepterai. Après je suis confrontée à une équipe [...] c'est pour ça que c'est beaucoup plus compliqué et je pense qu'il y a beaucoup moins de césariennes de convenance dans les structures publiques que dans les structures privées. A l'hôpital on est bloqué parce qu'on peut pas faire ce qu'on veut [...] la plupart des structures publiques, une grosse partie en tout cas je pense, partent du même principe hein, qu'on doit accoucher par les voies naturelles » (entretien 6) ; « J'ai été chef de clinique dans une maternité de niveau 3 où globalement, on avait des protocoles et quand les gens rentraient pas dans les protocoles on leur disait « la porte est*

par là » et j'étais pas satisfait de ça. Voilà, on sentait bien que soit la patiente se soumettait, on va dire à l'ordre établi, soit elle se soumettait pas et elle devait partir » (entretien 7) ; « à l'hôpital j'ai déjà été contraint. Quand j'étais à l'hôpital public [...] il y avait des patientes qui faisaient des demandes de césarienne de convenance, et alors elles, elles avaient le droit au psychiatre deux fois, et voilà. Et c'était pas sûr que ce soit une césarienne à la fin [...]. C'était pas interdit mais pas loin. On était limite un criminel si on faisait une césarienne de convenance. [...] Et fallait absolument la persuader que l'accouchement par les voies naturelles c'était beaucoup mieux. » (entretien 8).

Un autre obstacle à l'accompagnement, décrit par une minorité, serait le fait de voir une femme en demande trop tard dans la grossesse : « *le timing est vraiment important et quand on court un petit peu après le temps à la fin, bah c'est pas forcément tout le temps facile de trouver des rendez-vous pour les revoir autant de fois qu'on voudrait solliciter les autres intervenants* » (entretien 1) ; « *dans une structure hospitalière publique où on ne voit pas les patientes euh... Déjà souvent, on les voit assez tardivement. Elles sont beaucoup suivies en ville, on les voit assez tardivement* » (entretien 6) ; « *ça m'est déjà arrivé, à la fin de la grossesse et que moi elle me formule le désir de césarienne, bah pour moi c'est trop tard, en fait. On est déjà en fin de grossesse, tout le travail, il est plus possible quoi.* » (entretien 11).

3. Décision de la voie d'accouchement

3.1. Des facteurs décisionnels dépendants des femmes en demande

Devant une demande maternelle de césarienne sans indication médicale, les professionnels évoquent plusieurs facteurs décisionnels, qui entrent en jeu pour la prise de décision de la voie d'accouchement. Les participants décrivent des facteurs décisionnels qui seraient liés au contexte de la demande et aux femmes qui la font, ce qui personnaliserait au cas par cas l'examen de la demande.

La présence d'antécédents psychologiques, tels qu'un traumatisme, des violences ou de l'anxiété, semble être le premier argument, et pourrait faire pencher la

décision vers la césarienne : « *le roman familial et l'histoire personnelle, les violences obstétricales... Ouais, voilà tout ça. C'est tout ce qui rentre là-dedans. Il y a du vécu de n'importe quel précédent accouchement. Moi je pense que la qualité de vie* » (entretien 1) ; « *un antécédent, un contexte de vie quand même quoi [...] antécédents d'accouchement traumatique, en fait. Moi je trouve surtout, [...] un antécédent de viol en fait, avec un vaginisme extrême* » (entretien 2) ; « *la dame elle a eu une agression sexuelle, elle demande une césarienne, on dit oui* » (entretien 3) ; « *(à l'hôpital public) si elle a été violée dans son enfance par exemple X fois ou des attouchements, des trucs... [...] voilà, je pense que ça, ça pourrait aider peut-être au niveau du staff à décider d'une césarienne programmée. Je pense qu'il faut une indication, qu'elle soit psychologique ou physique* » (entretien 6) ; « *la patiente si c'est vraiment son souhait et qu'elle a une angoisse de l'accouchement par les voies naturelles* » (entretien 8) ; « *notion de trauma, de violences sexuelles, parce que parfois aussi on dépiste des dames qui ont en fait un antécédent viol dans l'enfance et elles le vivent très mal [...] c'est vraiment une peur bleue de l'accouchement et qu'elle veut sa césarienne, et voilà* » (entretien 10) ; « *un terrain psychologique très fragile, qui ont un passé des antécédents de violences sexuelles, et cetera, et qui me disent, ou des vaginismes très important, où là je me dis que ça risque de décompenser sa pathologie* » (entretien 11) ; « *s'il y a pas d'indication, y a pas d'indication. Après là en effet, je pense que c'est toujours cette barrière fine entre l'indication psychologique qui peut en être une* » (entretien 12).

Pour certains médecins, l'âge, la parité ou l'éventuel parcours de procréation médicalement assistée, permettraient également d'orienter la décision vers une voie d'accouchement ou l'autre : « *l'âge de la mère, la procréation médicalement assistée, le fait éventuellement qu'on ne veuille pas une fratrie très étendue* » (entretien 1) ; « *Bah la parité, l'âge [...] Et l'avenir aussi. Non ouais, moins que la parité, plutôt de dire les antécédents obstétricaux, savoir si elle a déjà accouché par voie basse ou pas, et l'avenir genre est-ce qu'elle veut encore 4 enfants ou pas quoi* » (entretien 3) ; « *On regarde l'âge, la parité* » (entretien 10) ; « *il y a beaucoup de femmes qui disent « oui mais moi c'est une FIV et je suis âgée » et donc ça pour moi c'est pas entendable* » (entretien 12).

En revanche, selon plusieurs participants il existe un facteur qui influence la décision mais qui ne dépend pas des femmes. C'est celui de l'environnement professionnel, qui sera en faveur ou en défaveur de la réalisation d'une césarienne sur

demande maternelle, en fonction de comment est perçu le taux de césariennes dans l'établissement par rapport à la qualité des soins : « *le taux de césariennes. Nous ici on s'en moque. Mais il y a des hôpitaux genre le CHU de Besançon, ils sont très fiers d'avoir que 14% de césariennes et parce qu'en fait toutes les patientes qui veulent ce type de césarienne, et cetera, ils les virent* » (entretien 5) ; « *(hôpital public) On accepte une césarienne programmée à la demande de la patiente, on va avoir de moins bonnes statistiques [...] Ça peut être sur le facteur pour les uns, statistiques pour les autres, ils comprennent pas qu'une patiente ne veuille pas accoucher par les voies naturelles [...] dans le public bah y a des plus jeunes, y a des assistants, y a le chef de service qui veut pas que ses statistiques soient biaisées* » (entretien 6) ; « *nous, on n'a jamais considéré, et à raison je pense, que le taux de césariennes c'était un marqueur de qualité [...] on s'occupe du taux à posteriori [...] Mais on va pas se dire « tiens on est à 30%, faut qu'on passe à 20% ».* » (entretien 7) ; « *(ancien lieu de travail, hôpital public) l'objectif était d'essayer de réduire le taux de césariennes parce que... c'est pas considéré comme la voie d'accouchement optimale la césarienne. Donc c'était l'objectif « taux de césariennes le plus bas possible ». Mais je pense que c'est pas les trois césariennes de convenance qu'on fait par an qui changent beaucoup les taux de césariennes* » (entretien 8).

Pour plusieurs professionnels, le respect du choix et de l'autonomie de la patiente semble être un facteur primordial dans la décision, sur lequel ils s'appuient pour, en général, accéder à la demande : « *il faut considérer d'autres facteurs tels que la vision du couple en fait dans la projection de l'accouchement... euh... comment ils envisagent, eux, leur parcours de soins, la naissance et considérer qu'il y a pas que la naissance par voie basse en fait, qui peut être considérée à l'heure actuelle* » (entretien 1) ; « *la liberté de choix quoi* » (entretien 5) ; « *Il y en a qui doivent se dire « je fais pas mon métier en faisant ça ». « On me prive de mes prérogatives », [...] leur discours c'est que si on fait ça bientôt, la patiente va dire « vous ne me faites pas de forceps, vous m'examinez pas ». Mais en réalité elle a le droit.* » (entretien 7) ; « *c'est le juste choix de la patiente [...] l'indication : « sur demande maternelle »* » (entretien 8) ; « *C'est ce qu'on appelle le respect de l'autonomie du patient [...] le premier pilier éthique c'est l'autonomie du patient.* » (entretien 9) ; « *dès le départ en fait j'ai pas d'autre choix que d'accepter.* » (entretien 11).

3.2. Personnelle ou collégiale : une méthode de décision variable

Pour accéder à la demande de césarienne d'une femme, plus de la moitié des intervenants explique qu'il s'agit d'une décision entre la patiente et le médecin exclusivement : « *on a une certaine autonomie sur nos voies d'accouchement en obstétrique [...] Nous on pense que une seule personne est tout à fait fiable si elle travaille dans l'équipe pour pouvoir discuter avec une personne* » (entretien 1) ; « *c'est des discussions qu'on a avec nos patientes [...] entre la femme et l'obstétricien qui la suit ouais* » (entretien 4) ; « *moi dans le privé [...], je revois les patientes, et de là je leur redemande, est-ce qu'elles sont toujours décidées à faire une césarienne [...]. Et de là, bah on programme la césarienne en général vers 39* » (entretien 6) ; « *c'est une décision perso* » (entretien 7) ; « *Ça n'arrive jamais que l'on en parle en staff* » (entretien 8) ; « *C'est qu'il y a d'abord la discussion entre le médecin et la patiente [...] y a pas besoin de faire une discussion collégiale pour faire une césarienne sur demande maternelle* » (entretien 9).

Malgré une décision personnelle entre la patiente et l'obstétricien, il peut tout de même exister un staff pluridisciplinaire, auquel cas il ne joue qu'un rôle « consultatif » : « *on la discute aussi (la voie d'accouchement), nous entre collègues à nos réunions scientifiques, à nos réunions quotidiennes. Au staff quoi. Mais voilà, mais l'idée c'est pas le staff qui décide ce qu'on va faire* » (entretien 4) ; « *En staff ? Non. Parce qu'on est homogènes dans nos pratiques hein. C'est pour ça que c'est pas validé. Voilà après si, il y a quand même un staff, [...] quand on parle de tous les dossiers le vendredi, de toutes les césariennes programmées de la semaine suivante, ça fait office de staff (mais ce n'est pas un staff pour valider ou non la voie d'accouchement ?) Oui voilà c'est ça.* » (entretien 5) ; « *on staffe nous nos dossiers et puis une fois que le staff a validé l'indication, on revient vers la... [...] Maintenant on leur dit « voilà, on a entendu tout et cetera, mais on vous explique comment on travaille, on a un staff multi disciplinaire, collaboratif, je vais présenter votre dossier, je reviendrai avec l'avis du staff ». L'avis du staff, il n'est que consultatif, mais il est intéressant de discuter. Mais aucune fois on a dit à une patiente « vous aviez demandé une césarienne sur demande, le staff a dit non ». [...] c'est une décision perso mais qui est validée par l'équipe, qui est partagée par l'équipe* » (entretien 7) ; « *quand on a un dossier à présenter pour une situation comme ça, c'est un peu collégial*

au vote collectif, mais c'est juste pour revoir le dossier, être bien sûr que le consultant, le médecin qui la présente, lui a bien proposé une autre alternative, a bien vu s'il y avait pas de notion de trauma, de violences sexuelles » (entretien 10).

En revanche, dans certains établissements, il semblerait que le staff prenne un rôle de décisionnaire : *« si vraiment elle veut son truc, en général on en discute entre nous en staff [...] Pour ce genre de demande qui est quand même spécifique, pour le coup on en discute en staff » (entretien 2) ; « On doit valider au staff quand c'est sur demande maternelle [...] c'est pas une décision qu'on prend tout seul en consultation » (entretien 3) ; « (hôpital public) en fonction de la demande de la patiente on soumet ça au staff [...] Après dans le public, Si le staff est d'accord et le décide, on peut effectivement programmer une césarienne, voilà. Après ça, c'est une décision du staff. Et donc c'est pas une décision du médecin qui suit la patiente » (entretien 6) ; « on doit les présenter au staff [...] pour voilà pour les prévenir de ça et que on soit tous d'accord, que ça soit une décision collégiale » (entretien 11) ; « On peut staffer quand on a envie d'accéder à la demande plutôt » (entretien 12).*

Quels que soient l'établissement et le mode de décision, il semblerait que les psychologues puissent être interpellés afin d'intervenir et orienter le choix de la voie d'accouchement : *« sur certains dossiers, si on a besoin, on peut faire appel au psychologue pour qu'elle vienne aussi » (entretien 2) ; « éventuellement, on s'entoure d'un suivi psy si c'est indiqué » (entretien 4) ; « (hôpital public) après si on défend le dossier [...] et que la psychologue dit « franchement, il faut absolument une césarienne [...] » [...] ça pourrait aider peut-être au niveau du staff à décider d'une césarienne programmée [...] les staffs du matin, elle est pas là. Mais il y a des staffs psycho [...] il y a effectivement des psychologues qui sont là pour justement discuter des dossiers comme ça, un peu compliqués avec un obstétricien » (entretien 6) ; « il y a tous ceux que je vous ai cités, c'est-à-dire il y a des obstétriciens, [...] des pys » (entretien 7) ; « après souvent moi je discute avec la psychologue qui l'a vue [...] qui va me dire « non je pense que ça risquerait de la... » » (entretien 11).*

3.3. Une position majoritairement centrale de la femme

Tous les médecins interrogés considèrent que la place de la femme est importante dans la décision de la voie d'accouchement. Plusieurs participants expriment que la place de la femme est au premier plan dans la décision de la voie d'accouchement, de manière générale ou dans le cas de situations cliniques particulières, ce qui en fait finalement la seule décisionnaire, de par l'argument évoqué précédemment à savoir le respect du choix des femmes et de leur autonomie : « *respecter l'autonomie du corps de la patiente, ça c'est hyper important. C'est sa décision [...] en l'absence d'indication médicale, c'est vraiment de la femme qui choisit* » (entretien 1) ; « *Moi je pense que c'est très important de respecter le choix des patientes [...] la césarienne de convenance ou sans indication médicale sur utérus non cicatriciel d'une primipare. Là je pense que c'est d'autres ressorts, c'est d'autres euh... C'est vraiment l'expérience personnelle de la femme [...]. c'est toujours elle qui décide hein. On peut pas imposer une voie d'accouchement à une patiente [...] pour moi elle est centrale la position de la femme* » (entretien 5) ; « *(dans le privé) C'est la femme qui a le dernier mot oui* » (entretien 6) ; « *il y en a qui considèrent que c'est leur pouvoir [...]. En réalité elle (la patiente) a tout à fait la possibilité de dire [...] « je refuse » parce qu'en fait ceux qui font ça oublient que [...] faut le consentement de la patiente.* » (entretien 7) ; « *c'est vraiment en fonction du choix de la patiente* » (entretien 8) ; « *C'est ce qu'on appelle le respect de l'autonomie du patient* » (entretien 9) ; « *ce que j'explique c'est que c'est elles qui choisissent en dernier hein* » (entretien 11) ; « *Si y a une indication limite type siège, utérus cicat désir maternel, ou antécédent de périnée complet non compliqué sans conséquences mais... enfin c'est elle qui décide totalement* » (entretien 12).

D'autres évoquent plutôt la place de la femme comme étant à leurs côtés pour parvenir à une « décision partagée » : « *c'est décidé conjointement avec la patiente* » (entretien 1) ; « *Et c'est sur cette base là qu'on va prendre des décisions et c'est une décision partagée [...] entre la femme et l'obstétricien qui la suit* » (entretien 4) ; « *Il y a un consentement qui est partagé, mais il est réellement éclairé* » (entretien 7).

Pour d'autres, ou dans certaines situations, la place de la femme serait limitée par rapport à celle du médecin, voire « inexistante » : « *pour ces indications-là, les jumeaux, les sièges, les utérus une fois cicatriciels, là vraiment [...] le discours du médecin*

dans ces situations là il va avoir une vraie influence sur le choix de la maman » (entretien 5) ; « Dans le public elle a moins son mot à dire je pense oui [...] effectivement je suis pas sûr que parce qu'elle a juste envie d'une césarienne, on va lui faire sa césarienne. Ouais, je pense que c'est peu probable » (entretien 6) ; « Si y a zéro indication, la place de la femme, très honnêtement, n'existe pas » (entretien 12).

V. Discussion

1. Synthèse des résultats

L'attitude générale envers la césarienne sur demande maternelle sans indication médicale varie en fonction des gynécologues-obstétriciens et de leur perception des risques inhérents à cet acte chirurgical. En pratique, leur avis va tout de même évoluer au cas par cas, en fonction des motivations avancées par les femmes et du contexte clinique. En revanche, la réponse apportée à la demande est similaire quel que soit le parti pris par le médecin, et consiste à explorer les motivations des femmes à souhaiter une césarienne, délivrer une information sur les deux voies d'accouchement, et la proposition de consulter un psychologue si le soignant le juge utile. Néanmoins, les intentions derrière l'accompagnement proposé semblent différer selon l'attitude du médecin, en ayant soit pour but que la femme fasse un choix éclairé et soit satisfaite de son accouchement, quelle qu'en soit la voie, soit dans le but de répondre aux angoisses des femmes et de leur permettre de changer d'avis et de préférer finalement accoucher par voie basse. Enfin, pour accepter ou non une demande de césarienne, les médecins semblent se baser sur la présence (ou l'absence) d'une entente commune avec les femmes où la césarienne serait perçue de manière partagée comme la meilleure voie d'accouchement, ou sur une décision collégiale en staff pluridisciplinaire laissant une place plus restreinte à la femme dans cette décision, en fonction des directives institutionnelles en vigueur.

2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature

L'avis des gynécologues-obstétriciens sur la césarienne sur demande maternelle varie selon différents facteurs, en commençant par leur perception des bénéfices et des risques de la césarienne sans indication médicale. Une revue systématique de la littérature parue en 2018, montre comment certains « cliniciens », obstétriciens et

sages-femmes, déclarent avoir une attitude favorable à la césarienne sur demande maternelle à partir de leur perception de cet acte chirurgical qu'ils jugent comme étant une « option sûre », permettant de prévenir certaines complications de l'accouchement voie basse, tandis que d'autres, percevant les risques maternels et fœtaux d'une césarienne sans indication médicale comparativement à la voie basse, expriment une attitude plutôt défavorable (42). Ce résultat reflète par ailleurs le débat qui a lieu dans la communauté médicale et qui oppose les obstétriciens en faveur de la césarienne sur demande maternelle dont l'argument principal est le respect de l'autonomie des femmes, et ceux qui sont en défaveur, pour qui la morbi-mortalité à court et long terme liée à un accouchement par césarienne est l'argument majeur (13,42,43).

Néanmoins, les motivations des femmes à demander une césarienne et plus spécifiquement leurs craintes à l'égard de l'accouchement par voie basse, perçues par les gynécologues-obstétriciens en consultation, influencent également leur avis sur la demande de césarienne, voire leur décision d'accepter de pratiquer la césarienne sur demande (35). Selon ces derniers, l'argument principal poussant les femmes à formuler une demande de césarienne, serait l'anxiété liée à l'accouchement par voie basse. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Panda et al., qui montrent que « l'anxiété et la peur de l'accouchement » sont perçues par les soignants comme étant les principales causes des demande de césarienne et favorisent le consentement à cette demande (42). Plusieurs études par ailleurs, menées auprès des femmes, ont montré que le souhait d'une césarienne sans indication médicale est justifié le plus souvent par la peur de l'accouchement, et plus précisément de la douleur, des troubles périnéaux, de l'incapacité de définir la date ou à la suite d'une expérience traumatisante de l'accouchement (14,15). Les médecins évoquent également l'influence de l'environnement familial, social et culturel sur l'anxiété maternelle vis-à-vis de l'accouchement par voie basse. Cette idée avait d'ailleurs déjà été mise en avant du point de vue des femmes (15,28). On peut faire un lien avec ce type d'influence et celle que peuvent avoir les médias, évoquée par des médecins interrogés dans une étude norvégienne (28). En effet, ces différentes influences pourraient participer à la mésinformation des femmes, également mentionnée à plusieurs reprises par les participants de notre étude.

Ainsi, cet aspect de la pratique obstétricale, à savoir la prise en compte de l'enjeu psychologique que représente la voie d'accouchement pour les femmes (16,17), ne semble pas négligé par les gynécologues-obstétriciens, contrairement à ce qu'avait mis en avant un ouvrage paru en 2022 (29). En effet, le recours à un psychologue dans l'accompagnement des femmes en demande, qu'il soit systématique ou proposé au cas par cas, semble être un élément central dans la prise en charge décrite par les obstétriciens. Néanmoins, pour les obstétriciens ayant une attitude plutôt négative vis-à-vis de la césarienne sur demande maternelle, la consultation avec un psychologue pourrait également être un moyen d'action pour permettre aux femmes de changer d'avis et de finalement opter pour la voie basse : une étude réalisée en Norvège avait notamment montré que 86% des femmes en demande de césarienne changeaient d'avis après avoir bénéficié d'un accompagnement psycho-social (16).

En comparaison avec les résultats de Schantz et al. en 2020, montrant que la plupart des sages-femmes perçoivent la demande de césarienne « comme relevant de la déviance » (40), il semble y avoir moins de réticence ou de jugement de la part des gynécologues-obstétriciens envers la césarienne sur demande maternelle. Ce résultat est conforme à l'enquête par questionnaire réalisée auprès de gynécologues-obstétriciens français en 2020, indiquant que 28% des participants déclaraient être prêts à réaliser une césarienne sur demande maternelle et qu'un tiers déclarait en avoir déjà réalisé (13). Alors que plusieurs études à l'étranger montrent des attitudes conflictuelles au regard des risques associés à la césarienne sans indication médicale et du droit des femmes de choisir leur voie d'accouchement (32), avec une préférence globale des soignants pour la voie basse en l'absence d'indication médicale (33), les soignants soutiendraient, au contraire, une implication des femmes dans les prises de décisions au cours de leur grossesse (44) et soulignent quoi qu'il en soit, « l'importance d'un dialogue autour des options de voies d'accouchement » (32), et c'est un point que notre étude met aussi en valeur. Ce dialogue autour des différentes voies d'accouchement, fait entre autres partie de l'accompagnement recommandé par la HAS en France lors d'une demande maternelle de césarienne.

Dans les pratiques des soignants identifiées par notre étude, les recommandations françaises sur la césarienne sur demande maternelle semblent globalement appliquées, notamment à travers l'identification des raisons de la

demande (38), la délivrance d'une information sur les deux voies d'accouchement et sur leurs bénéfices et leurs risques, la proposition d'un accompagnement personnalisé et l'orientation vers un autre professionnel en cas de refus de cette demande (19). En revanche, d'autres aspects des recommandations comme l'information sur la prise en charge de la douleur, la proposition de suivre des cours de PNP ou encore la réalisation de l'entretien prénatal précoce (19), n'ont été que très peu abordés et ne ressortent pas dans nos résultats. Le caractère « précoce » de l'information décrit par la HAS (19) semble tout de même avoir son importance puisque l'un des freins exposés par les différents médecins correspond à la prise en charge tardive des femmes en demande.

Il existe peu de données concernant les pratiques en réponse à une demande maternelle de césarienne en France, et les recommandations laissent un champ de possibilités relativement large en parlant d'accompagnement « personnalisé » (38). C'est dans cet accompagnement que l'on pourrait situer ce dont parlent les participants à notre étude : la consultation d'autres professionnels de santé, comme les psychologues, les psychiatres, les sexologues ou encore les anesthésistes.

Après la mise en place d'un suivi personnalisé, la décision de voie d'accouchement peut se dérouler de différentes façons. Il existe tout d'abord de multiples facteurs décisionnels, variables selon les médecins, leur perception de la césarienne sans indication médicale et les motivations qui accompagnent cette dernière.

On a vu dans notre étude que l'ambiguïté de l'indication médicale de césarienne avait un impact sur l'avis porté par les médecins sur la demande de césarienne. Cette ambiguïté a donc également une incidence sur la décision de la voie d'accouchement et c'est ce que montre une revue de la littérature parue en 2018 (42). Dans cette étude, l'ambiguïté de l'indication médicale a été définie comme « des raisons pouvant dans certains situations cliniques, être une indication pour réaliser une césarienne, mais pas dans d'autres circonstances » (42). On peut retrouver parmi ces « raisons médicales ambiguës », l'âge maternel, l'obésité ou encore le risque de traumatismes anorectaux (42), également évoquées par les participants à notre étude. On pourrait se demander si l'anxiété maternelle pourrait faire partie des raisons médicales ambiguës, étant donné l'enjeu psychologique qu'elle peut représenter. Elle a quoi qu'il en soit un rôle

dans la décision de la voie d'accouchement selon la perception qu'en ont les médecins (42).

De plus, il semblerait que le facteur entrant le plus fréquemment dans la décision de réaliser une césarienne sur demande maternelle ou non serait l'importance accordée à l'autonomie de la patiente. Le respect de cette autonomie, et donc du droit de la femme de choisir sa voie d'accouchement, est même utilisé comme un argument en faveur de la réalisation d'une césarienne, puisqu'il correspond à l'un des « principes éthiques de la médecine » (43). On peut tout de même soulever le fait qu'en pratique, le respect de l'autonomie de la patiente est indissociable d'une information loyale et adaptée, recommandée par la HAS, qui doit donc être donnée préalablement car sans elle, la patiente ne pourra pas être réellement autonome puisque non éclairée.

Enfin, des facteurs institutionnels, indépendants de la relation médecin-patient, peuvent à leur tour peser dans la décision. Un contrôle des taux de césariennes au sein de l'établissement peut être perçu par le médecin comme déterminant dans la décision d'accepter ou non une demande maternelle de césarienne sans indication médicale (42). A l'inverse, une politique institutionnelle favorable à la césarienne sur demande maternelle ne représente pas un obstacle à l'acceptation de ces demandes (42).

Contrairement aux facteurs décisionnels de la voie d'accouchement qui sont fortement documentés, le mode de décision se limite aux recommandations de bonne pratique qui suggèrent une décision médicale partagée entre le soignant et la patiente (38). Cette décision médicale partagée varie selon les soignants et établissements, mais ne semble en tout cas pas mise en œuvre par tous.

Les résultats de notre étude mis en parallèle à la littérature disponible, permettent d'éclairer des perspectives de recherche dans le domaine de la césarienne sur demande maternelle. Dans un premier temps, on peut se demander à quoi pourrait être liée l'ambiguïté de l'indication médicale, qui a été mise en valeur. Celle-ci semble influencer sur l'avis sur la césarienne sur demande maternelle, mais la perception initiale de la césarienne et de ses risques pourrait-elle impacter celle de l'indication médicale ?

Dans un second temps, en ayant observé qu'une partie des recommandations était appliquée par les soignants, mais pas la totalité, il pourrait être intéressant de faire un état des lieux des connaissances de ceux-là sur les recommandations concernant la césarienne sur demande maternelle.

Cette étude à caractère exploratoire a permis de mettre en avant les principales pratiques des gynécologues-obstétriciens, mais ne permet cependant pas de se rendre compte de la proportion de soignants appliquant ces différentes pratiques. Pour mieux se rendre compte des attitudes et pratiques des soignants en France, il pourrait donc y avoir un intérêt d'explorer celles-ci quantitativement.

Pour finir, on peut se demander si aujourd'hui, dans une ère où l'autonomie du patient prend une place de plus en plus importante et au vu des recommandations qui laissent un large champ de possibilités de prise en charge, une prise en charge plus protocolisée permettrait de réduire les taux de césariennes sans indication médicale, ou si au contraire elle engendrerait une augmentation du taux de césariennes global en France ?

3. Regard critique sur l'étude

Il est nécessaire de prendre du recul sur les résultats obtenus dans cette étude et de les nuancer, car cette dernière possède ses points forts, mais aussi ses limites et biais. La première limite à laquelle cette étude est confrontée, est la pauvreté de littérature sur la césarienne sur demande maternelle en France. En effet la majorité des études citées sont réalisées à l'étranger, où la culture, l'approche de la médecine, les pratiques ou plus globalement la population, peuvent ne pas être comparables avec la France, voire parfois assez éloignées. Cette étude avait donc une visée exploratoire et doit inciter poursuivre la recherche sur cette question. Néanmoins, quelques études françaises ont été trouvées et exploitées, même si elles n'ont pas pu confirmer la fiabilité des résultats obtenus dans cette étude.

De plus, on peut soulever le caractère exigü de l'échantillon, qui représente un biais de notre étude. Douze entretiens ont été réalisés et ont permis d'arriver à saturation des données, pour les résultats principaux, mais ils restent cependant insuffisants pour

permettre de généraliser ces résultats. Cette étude a par ailleurs été réalisée exclusivement en Ile-de-France, ce qui ne peut être représentatif des attitudes et pratiques des soignants dans la France entière.

Malgré les biais causés par l'échantillon, on peut souligner que l'objectif d'arriver à saturation pour les principales données collectées, a été atteint grâce aux douze entretiens réalisés, qui ont donc été considérés acceptables pour cette étude. D'autre part, la constitution de l'échantillon a permis de réunir une proportion équitable de médecins de plus ou de moins de 10 ans d'expérience et exerçant à l'hôpital public ou dans une structure privée.

Dans la mesure il s'agissait de la première étude sur les attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis de la césarienne sur demande maternelle, l'un de ses points forts réside dans le choix d'une étude qualitative via des entretiens semi-directifs, qui permettent d'explorer les processus du point de vue des participants, avec une démarche inductive. De plus, les questions posées lors des entretiens avaient été réfléchies et rédigées avec précaution, afin qu'elles soient ouvertes et objectives, qu'elles respectent le discours des participants et qu'elles ne mettent pas l'intervenant dans une position inconfortable.

D'un point de vue réflexif, il est possible que mon statut d'étudiante sage-femme ait été, à mon insu, un point fort pour cette recherche. En effet, mener cette étude en étant étudiante sage-femme, a peut-être permis de mettre en confiance les participants, qui ont donc pu parler librement sans ressentir de jugement.

VI. Conclusion

Cette étude a mis en avant, les principales attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens face à une demande maternelle de césarienne sans indication médicale, qui semblent respecter en partie les recommandations nationales et internationales en vigueur.

L'avis sur la césarienne sur demande maternelle varie en fonction des gynécologues-obstétriciens et dépend de leur perception des risques liés à ce geste chirurgical, des motivations des femmes et du contexte clinique. En mettant en perspective ces trois éléments, l'attitude générale pour la plupart des obstétriciens semble peu réticente à la césarienne sur demande maternelle, à condition que la demande soit motivée, que le contexte clinique soit favorable et que les femmes soient informées et accompagnées. De plus, les pratiques des professionnels suite à une demande maternelle, dépend de leur avis concernant la requête : il s'agit soit de permettre aux femmes de faire un choix libre et éclairé pour la césarienne, soit d'amener les femmes à changer d'avis et souhaiter finalement un accouchement par voie basse.

Face à une demande maternelle de césarienne, un accompagnement personnalisé est mis en place après avoir identifié dans un premier lieu les motivations des femmes. Une information complète et loyale est délivrée autour d'une discussion avec la patiente, et une consultation avec un psychologue est proposée au cas par cas ou en systématique selon les médecins. Après avoir mis en place tout cela, une décision peut être prise sur la voie d'accouchement de la femme. Le mode de décision est variable selon les établissements de santé, mais correspond généralement à une décision médicale partagée entre la patiente et le médecin, ou à une décision collégiale prise avec l'équipe obstétricale. La décision d'accepter ou non de réaliser la césarienne dépend de différents facteurs, principalement maternels, tels que les antécédents médico-psychologiques de la femme, ses motivations ou encore le respect de son autonomie.

Cette étude soulève désormais plusieurs questions. Tout d'abord, les professionnels sont-ils conscients de l'existence de recommandations sur la prise en charge des femmes en demande de césarienne, ou les appliquent-ils par conscience professionnelle ? Ensuite, il serait intéressant d'explorer quelle proportion de soignants en France, applique chacune des pratiques ressorties dans cette étude ? Pour finir, quel impact une prise en charge plus protocolisée et répandue, pourrait avoir sur les taux de césariennes en France ?

Bibliographie

1. Sabatino G. L'histoire de la césarienne : les raisons d'un succès. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01218593
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates : global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. Juin 2021 ;6(6):e005671.
3. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, Musana O, Wanyonyi SZ, Gülmezoglu AM, Downe S. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1358-1368.
4. de Vries BS, Morton R, Burton AE, Kumar P, Hyett JA, Phipps H, McGeechan K. Attributable factors for the rising cesarean delivery rate over 3 decades: an observational cohort study. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022 Mar;4(2):100555.
5. Shiono PH, McNellis D, Rhoads GG. Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984. *Obstet Gynecol*. 1987 May;69(5):696-700.
6. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp Ö and al ; WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. 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 May;3(5):e260-70.
7. Boerma T, Ronsmans C., Melesse D.Y., Barros A.J., Barros F.C., Juan L., Moller A.B., Say L., Hosseinpoor A.R., Yi M., Neto D.D., Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, *The Lancet*, 2018 Oct 13, 392(10155):1341-1348
8. OMS, *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, Geneva, Switzerland, 2015
9. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009 Sep;36(3):208-12.
10. Kottmel A, Hoesli I, Traub R, Urech C, Huang D, Leeners B, Tschudin S. Maternal request: a reason for rising rates of cesarean section? *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Jul;286(1):93-8.
11. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sa'nchez A, et al. Women's preference for caesarean section : a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2011 ; 118 : 391–399.
12. Inserm. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021. Paris : Inserm ; 2022
13. Boucherie AS, Girault A, Berlingo L, Goffinet F, Le Ray C. Cesarean delivery on maternal request: How do French obstetricians feel about it ? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Feb ; 269 : 84- 89.
14. Marie Monguillon. La césarienne de convenance : motivations, représentations et facteurs décisionnels. Gynécologie et obstétrique. 2018. ffdumas-01957556

15. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why ? A systematic scoping review. *Women Birth*. 2020 Jul ;33(4) :323-333.
16. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006 Sep ;33(3) :221-8.
17. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jun 5;14:191.
18. LE RAY Camille, « Évolution des indications et des pratiques de la césarienne », *Laennec*, 2015/4 (Tome 63), p. 39-46.
19. HAS. Indications de la césarienne programmée à terme. Paris : HAS ; 2012
20. Larousse. 3e éd. Paris (France) : Anne-Françoise ROBINSON ; 2009. Césarienne ; p293
21. OMS, WHO. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva : World Health Organization ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
22. Césarine - Pourquoi une césarienne en cours de travail ? [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cesarine.org/avant/urgence/>. Consulté le 5 janvier 2023
23. HAS. La césarienne programmée à terme. Document d'information destiné aux femmes enceintes. Paris : HAS ; 2012
24. Bretelle F, Capelle M, Blanc B, Leclaire M, Bouvenot J, « l'inquiétant augmentation du nombre de césariennes », 23 mai 2006, n°4-5, pages 905-914
25. D. Subtil, P. Vaast, P. Dufour, S. Depret-Mosser, X. Codaccioni, F. Puech, recommandations pour la pratique clinique, « conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse », 2000
26. Begum T, Saif-Ur-Rahman KM, Yaqoot F, Stekelenburg J, Anuradha S, Biswas T, Doi SA, Mamun AA. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and metaregression. *BJOG*. 2021 Apr;128(5):798-806.
27. Bettles BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, Schulkin J. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol*. 2007 Jan;109(1):57-66.
28. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Nov;33(22):3867-3872.
29. Mandelbrot L. Préface. Dans : Bouchard A. Césariennes sur demandes maternelles : Accouchement, inconscient et féminin. Toulouse : Érès ; 2022, p. 7-10.
30. Dugas M, Shorten A, Dubé E, Wassef M, Bujold E, Chaillet N. Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth : a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012 Jun ;74(12):1968-78.

31. Eide KT, Morken NH, Bærøe K. Tensions and interplay: A qualitative study of access to patient-centered birth counseling of maternal cesarean requests in Norway. *Midwifery*. 2020 Sep;88:102764.
32. Johansson M, Alvan J, Pettersson A, Hildingsson I. Conflicting attitudes between clinicians and women regarding maternal requested cesarean section: a qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Mar 28;23(1):210.
33. Rivo JC, Amyx M, Pingray V, Casale RA, Fiorillo AE, Krupitzki HB, Malamud JD and al ; Feasibility of 'Mode of Delivery Trial' Study Group. Obstetrical providers' preferred mode of delivery and attitude towards non-medically indicated cesarean sections: a cross-sectional study. *BJOG*. 2018 Sep;125(10):1294-1302.
34. Kenyon SL, Johns N, Duggal S, Hewston R, Gale N. Improving the care pathway for women who request Caesarean section : an experience-based co-design study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Nov 9;16(1):348.
35. 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. Caesarean section on request : a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG*. 2006 Jun ;113(6) : 647-56.
36. Gao Y, Tang Y, Tong M, Du Y, Chen Q. Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request ? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China. *BMJ Open*. Juin 2019 ;9(6):e029437.
37. Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women Birth*. Juin 2009 ;22(2):57-63.
38. HAS. La césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir. Document d'information destiné aux femmes enceintes. Paris : HAS ; 2013
39. Thériault G, Grad R, Dickinson JA, Breault P, Singh H, Bell NR, Szafran O. Faut-il partager ou non ? Quand la décision partagée est-elle la meilleure option ? *Can Fam Physician*. 2020 May ; 66(5) : e149-e154. French.
40. Schantz C, Lhotte M, Pantelias AC. Dépasser la tension éthique de la césarienne sur demande maternelle. *Santé Publique*. 2020 ; 32(5-6) : 497-505.
41. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Béart G. *Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Paris, France : Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM ; 2005
42. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS One*. 2018 Jul 27;13(7):e0200941.
43. Chervenak FA, McCullough LB, Silver RM. *BJOG Debate : Caesarean section should be available on request*. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2015 ; 122(3) : 360–360.

44. Loke AY, Davies L, Mak YW. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Aug 9;19(1):286.

ANNEXES

La classification de Robson

<p>Groupe 1</p>  <p>Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, travail spontané</p>	<p>Groupe 6</p>  <p>Toutes les nullipares, grossesse unique, présentation du siège</p>
<p>Groupe 2</p>  <p>Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, déclenchement du travail ou césarienne avant travail</p>	<p>Groupe 7</p>  <p>Toutes les multipares, grossesse unique, présentation du siège, utérus cicatriciel inclus</p>
<p>Groupe 3</p>  <p>Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, travail spontané</p>	<p>Groupe 8</p>  <p>Toutes les grossesses multiples, utérus cicatriciel inclus.</p>
<p>Groupe 4</p>  <p>Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines, déclenchement du travail ou césarienne avant travail</p>	<p>Groupe 9</p>  <p>Toutes les grossesses uniques avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus</p>
<p>Groupe 5</p>  <p>Toutes les multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel \geq 37 semaines</p>	<p>Groupe 10</p>  <p>Toutes les grossesses uniques avec présentation céphalique, âge gestationnel $<$ 37 semaines, utérus cicatriciel inclus</p>

 Antécédent de césarienne

 Travail spontané



Référence CNIL :

2231846 v0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 16 novembre 2023

Madame Jeanne LAVERDANT

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame LAVERDANT Jeanne	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :		Tél. :	
CP :		Fax. :	
Ville :			

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 17 novembre 2023

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Guide d'entretien semi-directif

Questions introductives :

- Depuis combien de temps exercez-vous en tant que gynécologue-obstétricien ?
- Pouvez-vous me rappeler dans quel type d'établissement vous travaillez ?
(public ou privé)
- A votre connaissance, des césariennes sur demande maternelle sont-elles réalisées dans votre établissement ?

Guide d'entretien :

- 1.** Que pensez-vous de la césarienne sans indication médicale en elle-même ?
**Au vu de ses bénéfices et risques*
- 2. 2.1)** Quel est votre sentiment/impression sur les femmes qui souhaitent une césarienne sans indication médicale ?
2.2) Que pensez-vous du fait que l'on vous formule cette demande ?
*(**Avis sur la demande en elle-même : *raisonnable ou non ? justifiée ou non ?)*
- 3. 3.1)** Face à une demande maternelle de césarienne, comment réagiriez-vous ?
*(**Réaction personnelle)*
3.2) Pouvez-vous me parler de la façon dont vous procédez en réponse/suite à cette demande ? *(**Prise en charge, accompagnement)*
3.3) Par quels moyens essayerez-vous de rassurer les femmes ? / Dans quel but proposez-vous cela ? / Qu'espérez-vous en disposant ces conseils ?
*(**Motivations de l'accompagnement)*
3.4) Avez-vous déjà été confronté à une demande maternelle de césarienne ?
**Si oui, avez-vous toujours pu procéder de la manière que vous m'avez décrite ?
(**Frein à l'accompagnement)
Si non, passer à la question suivante.
- 4. 4.1)** Comment la décision de la voie d'accouchement est-elle prise ? Qui intervient dans cette décision ?
4.2) Quels facteurs entrent en jeu dans cette prise de décision ?
**Si établissement où il n'y a pas de CDMR → Y a-t-il des exceptions faites et dans quelles circonstances ?*
4.3) Quelle est la place de la femme dans cette prise de décision ?

**piste de relance **idée recherchée à travers la question*

Entretien n°5

Questions introductives :

Exerce depuis : 4 ans

Type d'établissement : Hôpital public (CHU), temps plein

CDMR dans l'établissement : Oui

Entretien :

Qu'est-ce que vous pensez de la césarienne sans indication médicale en elle-même ?

C'est un sujet qui est... qui est difficile parce qu'on est la frontière entre le choix de la maman, ou du couple, euh... bah la liberté de choisir la façon dont on accouche. Euh... Ça c'est... ça c'est la vision de de la mère, on va dire, de la patiente, de la femme enceinte. Il y a le côté du médecin où euh... bah on est quand même obligé de toujours expliquer les bénéfices et les risques d'une intervention. Moi j'ai l'habitude de dire aux patientes que quand elles sont enceintes, c'est pas comme une intervention chirurgicale où elles ont le choix de faire ou de pas faire, elles sont enceintes, elles doivent accoucher d'une façon ou d'une autre. Que la césarienne ou la voie basse, il y a des bénéfices et des risques pour les deux voies d'accouchement. Et donc c'est vrai que la balance bénéfice risque... (*silence*). Là, on parle d'une césarienne par exemple chez une patiente primipare c'est ça ?

Peu importe en fait, j'imagine que du coup ça va dépendre, d'après ce que vous êtes en train de me dire, de si elle est primipare ou multipare, mais peu importe.

Bah c'est ça, ça dépend de... bah ça dépend de chaque situation, ça dépend des antécédents de la patiente, de ces... Enfin y a vraiment les... Moi je pense que c'est très important de respecter le choix des patientes. Mais dans les deux cas. C'est-à-dire qu'une patiente qui a un utérus deux fois cicatriciel, les recommandations en France disent que c'est possible de leur proposer un accouchement, une tentative d'accouchement voie basse. Si elles le veulent, qu'elles sont bien au courant des risques de l'accouchement, de la tentative d'accouchement sur un utérus deux fois cicatriciel, pour moi il y a pas de raison de refuser. De la même façon, pour moi, une patiente primipare, qui n'a pas d'antécédent de chirurgie quel qu'il soit, rectal ou autre, qui veut une césarienne pour convenance, ça me choque pas non plus. Parce que on met devant, vraiment, le choix de la patiente. Voilà. Il faut pas être paternaliste en médecine. Après bah c'est sûr qu'on... qu'on met quand même en en en jeu notre... bah notre propre responsabilité, qu'il faut pas prendre ces décisions à la légère. Mais ça vient pas à l'idée aux gens... on a toujours tendance à dire « oui bah la césarienne, risque de saignement,

risque de plaie opératoire, ceci cela », mais jamais on va dire aux patientes « bah vous allez avoir un accouchement voie basse. Bah il y a aussi un risque de césarienne pendant le travail, il y a un risque de faire un forceps et de faire une embarrure, il y a un risque de déchirure périnéale ». Enfin il y a aussi des risques quoi. Donc je pense que c'est... le plus important, c'est de bien informer les patientes de ce tout, et de bien respecter leurs choix. Après il y a des césariennes... donc il y a vraiment l'extrême qui est la césarienne de convenance chez une patiente qui a pas d'antécédent, enfin une patiente primipare par exemple. Après il y a plein de centres, césarienne sur utérus une fois cicatriciel, nous on laisse vraiment les patientes décider, il y a des centres où c'est quand même pas très bien... en tout cas on incite vraiment les patientes à tenter un accouchement voie basse. Donc là est-ce que c'est vraiment... ça rentre pas dans le même cadre de la convenance que les... quand il y a un utérus une fois cicatriciel, dans les recommandations, on laisse le choix à la patiente. La porte, elle est ouverte aux deux options. Il y a le risque de rupture utérine, et cetera. Donc ça pour moi c'est pas vraiment de la... c'est pas vraiment de la convenance pour moi. Ou la césarienne sur jumeaux, et cetera. Pour moi, la césarienne, vraiment de convenance, c'est y a aucune indication médicale. Voilà, c'est la patiente primipare qui veut une césarienne, voilà.

Ok. Et en fait, là vous avez abordé beaucoup de points sur lesquels on va pouvoir revenir plus tard, mais du coup sans tenir compte de la patiente et ses antécédents ou la raison de son désir de césarienne, la césarienne sans indication médicale en elle-même, au vu des bénéfices et risques, est-ce que vous pourriez me décrire ce que vous en pensez ?

(Silence)

Je sais pas si c'était clair.

Si si c'est clair, mais je réfléchis parce que c'est pas... c'est pas facile. Ben j'en pense... enfin c'est pas important ce que moi j'en pense. C'est ce que la patiente, elle en pense. Ce qui est important, enfin du point de vue de l'obstétricien, c'est... faut pas non plus qu'on soit là juste pour faire l'ouvre boîte entre guillemets quoi. Nous notre responsabilité c'est d'expliquer les bénéfices ou de faire... comment dire le... d'être juste euh... *(silence)*. Je trouve pas le mot mais... *(silence)*. Ouais, enfin d'être juste là pour faire un acte comme ça. Moi je... j'y suis pas du tout opposé à partir du moment où les risques, les bénéfices, ils sont expliqués, que c'est une décision réfléchie. Moi je parle de la voie d'accouchement très tôt pendant la grossesse. Alors c'est sûr, quand c'est un siège, quand c'est un utérus cicatriciel... mais maintenant même pour les patientes qui ont une première grossesse parce que c'est là qu'on voit... moi j'en ai hein des patientes qui demandent des césariennes de convenance. Donc moi j'y suis... En tout cas, je dis pas non. Voilà.

D'accord. Et après, vous avez déjà un peu évoqué ce sujet-là, mais quel est votre sentiment, votre impression sur les femmes qui souhaitent justement une césarienne sans indication médicale ?

Bah j'ai pas à avoir de sentiments. C'est... c'est une possibilité. Enfin, c'est en tout cas vraiment, ça me choque pas et... et je l'accepte et je les accompagne enfin je.... j'essaie toujours de... d'aller plus loin que le simple dire « bah OK » et voilà. Il y a toute l'explication médicale mais il faut quand même essayer de trouver un peu le pourquoi. Pourquoi ne pas souhaiter un accouchement basse ? Pourquoi une césarienne ? Ça peut être des antécédents personnels au final... parfois ça peut être des patientes qui ont eu des agressions sexuelles quand elles étaient jeunes... Donc... après il faut pas les envoyer chez le psy, enfin c'est pas ça le sujet, mais il faut aller plus loin que accepter simplement la demande. Moi j'en ai une actuellement que je suis, bah c'est simple dans tout son entourage ou toutes ses patientes, toutes ses copines ou famille qui ont accouché récemment, les accouchements voie basse se sont pas bien passés donc forcément elle le... elle le répercutent sur sa propre grossesse. C'est difficile d'aller à l'encontre, encore une fois on peut pas... Mais elle comprend très bien aussi que une césarienne ça peut mal se passer. Donc voilà moi je pense que ce qui est important c'est que les gens, les patientes, elles soient en pleine... elles prennent leurs décisions avec toutes les clés et voilà. Moi je leur donne les clés pour prendre leur décision et je suis personne pour la juger et donc je... je fais ce qu'on me... ce qu'on... après ce qu'on décide ensemble.

D'accord, donc en fait si je comprends bien vous n'avez pas forcément une impression sur les femmes, vous considérez juste que c'est son libre choix et c'est tout ?

Oui c'est ça.

D'accord. Et pour continuer, qu'est-ce que vous pensez du fait qu'on formule cette demande ?

Que les patientes, elles formulent la demande d'elles-mêmes ?

Oui, par exemple.

Bah moi je comprends. Enfin c'est un peu la même réponse que tout à l'heure, ça me... c'est ça me choque pas du tout. Je n'ai pas d'opposition à ce que ce soit formulé. J'ai plutôt tendance à... plus j'avance en travaillant, à susciter justement cette réflexion. A surtout pas... je leur dis qu'on est pas là pour juger, que... en tout cas sans émettre aucun jugement. Donc voilà.

D'accord. Je reviens sur un sujet qu'on a déjà un peu abordé sur le terme de « convenance ». C'est quelque chose qui, j'ai pu remarquer, est assez flou en fonction peut être des hôpitaux ou des professionnels, je ne sais pas. Pour vous, quelle est la limite de la convenance selon vous ?

Ouais, le curseur... Déjà il y a le terme de convenance, c'est vraiment enfin... une césarienne, c'est pas du tout de la convenance enfin... C'est plutôt indication pour désir maternel ou césarienne ou sans indication médicale. Mais le problème de la césarienne... ouais c'est ce que je disais un peu tout à l'heure, c'est c'est c'est c'est quoi la... enfin est-ce que... où est ce qu'on met le curseur de l'indication médicale ? Par exemple, l'utérus une fois cicatriciel, c'est une vraie question. Est-ce qu'une patiente qui veut une césarienne sur un utérus une fois cicatricielle, c'est vraiment sans... sans indication médicale. Ici on a plus... on a tendance à noter sur le tableau opératoire « utérus cicatriciel et désir maternel ». Mais je sais pas trop, ça peut être quand même une indication médicale, un utérus une fois cicatriciel, il y a quand même un risque de rupture donc... Je pense que c'est ça, c'est... Ça c'est un peu flou. Et là je pense que y a quand même la vision du médecin, elle est vraiment... le discours du médecin de la façon dont on va vraiment... et là pour le coup, pour ces indications-là, les jumeaux, les sièges, les utérus une fois cicatriciels, là vraiment le discours du médecin, il va être vraiment euh... Il va être vraiment prépondérant. Là vraiment je vois pas comme... enfin le... le discours du médecin dans ces situations là il va avoir une vraie influence sur le choix de la maman. Plus que la césarienne de convenance ou sans indication médicale sur utérus non cicatriciel d'une primipare. Là je pense que c'est d'autres ressorts, c'est d'autres euh... C'est vraiment l'expérience personnelle de la femme qui va qui va influencer. Mais bon, et donc c'était quoi ta question le curseur ?

Bah en fait la limite de ce qu'on appellerait une césarienne de « convenance » ou « sans indication médicale ». Alors c'est vrai que vous avez parlé du coup du siège, des jumeaux, qui moi dans ma tête, même de mes expériences en stage, c'était quand même une indication médicale, mais pas obligatoire parce qu'il y a de la possibilité de voie basse en effet.

C'est ça. C'est ça.

Mais je pensais plus à des facteurs comme par exemple les antécédents, comme vous en avez parlé tout à l'heure, des femmes qui ont subi une agression sexuelle ou quelque chose comme ça. Est-ce que ça, ça tomberait dans le médical ? Enfin dans une indication médicale ou pas selon vous ?

Ah. Ouais, mais dans ce cas-là... (*silence*). Oui. Oui, ça, ça peut être une... mais c'est pour ça que j'aime pas « indication médicale », « convenance », « pas d'indication médicale ». Au final, si tu fouilles, il y a toujours une indication médical. Parce qu'une patiente qui demande une césarienne alors qu'elle a pas de... il y a pas de facteur vraiment pour la proposer. Il y a toujours une indication médicale parce que même là, moi, ma patiente qui me dit que toutes ses copines, elles ont eu un accouchement traumatique, bah ça veut dire qu'elle-même est traumatisée. Donc y a un... il y a un facteur psychologique, donc médical. Donc euh... ou les patientes qui se voient pas du tout accoucher voie basse. Dans ce cas-là on peut tirer le fil à chaque fois et se dire bah oui au final y a une indication médicale. Et c'est pour ça que le curseur de indication/pas indication, y a

euh... Y a des indications formelles de refuser un accouchement voie basse, une tentative d'accouchement voie basse. Il y a des indications formelles de... Mais il y a pas d'indications formelles à refuser une césarienne. On peut refuser un accouchement voie basse : un transverse, un utérus multicatriciel. Mais je suis pas sûr qu'il y ait d'indications formelles à refuser une césarienne et une patiente.

D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'il y a une influence des recommandations lorsqu'il y a un refus de réaliser une césarienne sans indication médicale ?

Oui bah c'est sûr. Bah c'est sûr que quand même dans un esprit de santé publique, enfin faut pas nier que le fait de faire des césariennes... là je parle en terme de... Ça dépend si on s'adresse à une population. Si ça s'adresse à une patiente unique, la patiente unique on peut lui parler d'accrète, bah c'est sûr que si elle a 45 ans, qu'elle veut une césarienne, elle va pas faire d'autres grossesse ou peu, probablement... Le problème, c'est quand on s'adresse à une masse de patientes beaucoup plus grande. Faire plus de césarienne, c'est augmenter la durée du séjour d'hospitalisation, ça coûte beaucoup plus cher à la société. Faire plus de césarienne, bah ça embolise plus de lits. C'est ce qui se passe ici hein, comme on a un taux de césariennes important. La durée de séjour a pas été calculée pour un taux de césariennes comme celui-là et très régulièrement on a... c'est 5 jours, une césarienne versus 3 jours un accouchement voie basse, bah nos lits sont tout le temps pleins. Parce qu'on a un taux de césariennes qui est à 30-35%.

Donc c'était quoi ta question parce que je divague ?

Non mais on divague beaucoup mais c'est intéressant. Bah c'était...

Oui, les recos ! Bah c'est... c'est toujours la même chose en médecine. C'est, est-ce qu'on s'adresse à... est-ce qu'on fait de la médecine pour la population et est-ce qu'on fait de la santé publique ? Ou est-ce qu'on fait de la médecine personnalisée pour une patiente ? Donc quand tu t'adresses à ta patiente, c'est pas la même chose. C'est comme quand on fait, bah par exemple l'utérus une fois cicatriciel, les recommandations elles disent qu'il faut tenter l'accouchement voie basse parce que sur toute ta population, bah c'est sûr que c'est bénéfique. Un utérus 2 fois cicatriciel, bah tu vas avoir plus de saignements, plus de plaies, ça va coûter plus cher à la société, quand elle va tomber une troisième fois enceinte qu'elle aura déjà été opérée deux fois, ça va être galère, et cetera donc... il y a quand même plus de risques d'accrète et cetera, bon bah voilà. Sauf que quand toi, t'as ta patiente qui fait sa rupture utérine... bah... même si c'est une fois sur 1000 et que c'est rarissime, bah... Bah c'est pas la même chose quoi. C'est pas la même chose donc c'est ça vraiment qui, enfin c'est... je reviens un peu sur le début, ce qui est important c'est vraiment de tout expliquer aux patientes. Les bénéfices, les risques. Et puis quand tout est clair après... moi je pense qu'on a toujours raison quand on respecte le choix des patientes. On se trompe jamais. Enfin je pense.

Oui. J'allais revenir sur un truc intéressant que vous avez dit par rapport aux recommandations. Vous parliez de la médecine personnalisée. En fait, si je

comprends bien, dans votre pratique vous estimez qu'il est intéressant de sortir des recommandations, qui justement ne recommandent pas une césarienne sans indication médicale, SI c'est dans des circonstances où selon vous ça permettra un plus grand bénéfice pour la femme ?

Ouais. Mais je suis pas sûr que les recos... les recos disent pas qu'il faut pas faire de césarienne sans indication. Elles disent qu'il faut privilégier l'accouchement voie basse, mais elles disent pas « il est recommandé de ne pas faire de césarienne sans indication médicale ».

(Interruption dans l'entretien par un autre intervenant).

Bref. Euh... voilà. Les recos.

Bon du coup pour revenir à notre entretien, vous avez déjà pu me parler un peu cela, mais est-ce que vous pouvez décrire comment est-ce que vous réagissez face à une demande maternelle de césarienne ?

Comme je t'ai dit tout à l'heure, j'ai tendance à susciter... je pose la question. Faut la poser tôt pendant la grossesse pour désamorcer des situations que... les patients ne se sentent pas à l'aise avec cette question-là, alors que c'est leur accouchement. Et voilà je... tout de suite je les rassure sur le fait qu'on ne juge pas, en tout cas dans l'équipe ici, on ne on ne juge pas de ce type de demande. Que nous... que nous notre travail de médecin, c'est d'expliquer les bénéfices et les risques de l'accouchement voie basse et de la césarienne. Et après quand la décision elle est prise, moi je leur dis « bah voilà après vous pouvez revenir sur votre décision, et cetera. Il y a pas de décision fixe » et voilà. Mais l'important c'est d'en parler à chaque consultation. Je pense que c'est... je pense que c'est bien.

D'accord, donc c'est surtout une question d'information loyale sur les bénéfices et risques des deux voies d'accouchement.

Oui c'est ça.

Et après, vous parliez tout à l'heure que vous ne proposiez pas forcément le psychologue, mais est-ce que ça vous arrive de le proposer dans certains cas de figure du coup ?

Bah oui non mais c'est sûr qu'il y a des cas où on voit qu'il y a une situation. Si c'est une situation qu'on arrive à déceler qui... qui... Moi je leur demande pourquoi. Je leur demande pourquoi quand même, hein. Si elles disent « bah voilà, j'ai été abusé pendant mon enfance » et cetera, souvent elles ont déjà un accompagnement et voilà. Mais moi une patiente qui me dit « je veux un une césarienne de convenance parce que voilà », j'en sais rien, ça peut aussi être « j'ai pas envie qu'un bébé passe par mon vagin »... Je vais pas lui dire « écoutez Madame, non mais c'est n'importe quoi. Vous allez aller voir la psy et puis vous reviendrez me voir après quoi ». Parce que ça, il y en a qui font dans

sens-là. La psychologue, pour moi, elle est là pour... pas du tout pour lui faire revenir sur sa décision, c'est plus pour accompagner une situation qui explique le pourquoi de finalement, elle en est amenée à demander une césarienne. Mais pas du tout pour lui faire changer d'avis, essayer de trouver le petit truc qui explique pourquoi dans son enfance, je sais pas quoi... Euh... C'est pas du tout ça l'objectif quoi. Je m'en sers pas comme pour entrer dans le psy de la patiente quoi.

Oui, donc si vous le proposez, c'est plus quand vous y voyez une nécessité pour la femme, dans le cadre d'un accompagnement global ou quoi c'est bien ça ?

Oui. Mais parce que... ou parce qu'il y a quelque chose qui est vraiment de verbaliser des angoisses, de... voilà.

D'accord donc c'est pas quelque chose que vous proposez en systématique. Et puis après vous me disiez que vous essayiez de rassurer les femmes, vous m'avez parlé du fait que vous n'émettiez pas de jugement à propos de sa demande. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous dites pour rassurer les femmes ?

Bah non, c'est déjà pas mal je trouve. Elles sont déjà assez soulagées qu'on les juge pas. Ça c'est le premier... ouais, ouais. Voilà, elles sont déjà tellement soulagées, parce que il faut se dire aussi la réalité hein, il y a plein de maternité où les gens qui demandent ça c'est « bah nous on vous accouche pas ici vous allez accoucher ailleurs. Nous fait pas ça ici ». Je pense que c'est pas notre rôle et je pense que ici, on accompagne les patientes quelles que soient leurs décisions. Concernant leur grossesse hein, ici on parle de césarienne mais c'est aussi valable pour les interruptions médicales de grossesse, et cetera. Voilà.

D'accord. Et qu'est-ce que vous espérez au final ? En disposant tous ces conseils, rassurant la femme, et cetera. Dans quel but est-ce que vous, vous faites tout ça ?

Bah pour que ça se passe bien, qu'elle accouche bien, comme elle en a envie, qu'elle ait un accouchement souhaité et et qui corresponde à son... moi, je... C'est-à-dire que moi j'accepte les césarienne sur utérus sains, mais j'accepte aussi les voies basses sur utérus deux fois cicatriciel. Les couples qui font des projets de naissance, ça me fait marrer mais j'accepte euh... Moi, j'accepte tout en fait. Je pense qu'il faut pas aller euh... parce qu'il y en a dans l'équipe qui vont accepter les... C'est ça où je suis pas complètement d'accord avec ce qu'on fait ici. C'est-à-dire que une tentative d'accouchement... on accepte les césariennes de convenance, mais une patiente qui a un utérus deux fois cicatriciel, alors que dans les recos on dit qu'on peut essayer, c'est complètement inenvisageable, c'est inenvisageable. Donc je pense que en fait, quel que soit le souhait de la patiente, il faut... il faut le... et quand on a bien expliqué et que les choses sont bien comprises, les bénéfices et les risques, voilà, il faut suivre les souhaits des patientes.

Oui je vois. Donc on reste toujours sur l'information loyale et claire.

Ouais, c'est ça. Puis la liberté de choix quoi.

D'accord. Pour la suite, vous avez déjà pu répondre à une de mes questions, donc vous avez déjà pu être confronté à cette demande, et est-ce que lorsque vous y avez été confronté vous avez pu procéder de cette manière-là ? Ou est-ce que vous avez déjà été bloqué par j'en sais rien les protocoles de l'hôpital, puisque vous me disiez que vous étiez en désaccord avec certaines choses. Ou vous m'avez dit au début qu'antérieurement vous aviez travaillé ailleurs, est-ce qu'à cette époque vous procédiez de la même façon ?

Bah ici non. À ***** euh... Bah à ***** du coup, les patientes qui ont des demandes comme ça, elles vont directement dans le privé parce qu'elles savent qu'on fait pas les césariennes sur demande maternelle. Voilà.

D'accord, donc vous n'aviez pas eu cette demande là quand vous travailliez là-bas ?

Non, j'ai jamais... Puis je faisais pas trop de consultation. Mais oui moi je veux continuer à travailler comme ça, comme ici. C'est sûr.

D'accord. Et finalement la décision de voie d'accouchement, comment est-ce qu'elle est prise dans votre pratique ? Est ce que c'est... Est ce qu'il y a d'autres facteurs qui rentrent en jeu que le choix de la femme comme vous m'avez déjà décrit ?

Bah au final c'est toujours elle qui décide hein. On peut pas imposer une voie d'accouchement à une patiente hein.

Oui. Et donc il n'y a pas une décision, on va dire collégiale qui est prise...

En staff ? Non. Parce qu'on est homogènes dans nos pratiques hein. C'est pour ça que c'est pas validé. Voilà après si, il y a quand même un staff, je dis une bêtise, quand on parle de tous les dossiers le vendredi, de toutes les césariennes programmées de la semaine suivante, ça fait office de staff, hein, puisqu'on voilà...

OK, mais du coup c'est pas un staff qui est là pour valider ou non la voie d'accouchement, c'est plus à titre informatif ?

Oui voilà c'est ça.

D'accord. Et tout à l'heure vous me parliez du fait qu'il y avait aussi le facteur de la responsabilité en tant que médecin, justement de si jamais ça se passe mal, est-ce qu'il peut y avoir des répercussions légalement sur vous. Et vous me parliez aussi du facteur du prix que ça coûte à la société. Est-ce que c'est des choses qui rentrent en jeu ici ?

Non. Non, non, pas du tout. Parce que je sais pas moi, une patiente... on imagine, une patiente qui veut absolument une césarienne et finalement on la convainc de faire un accouchement voie basse, elle le fait un peu... un peu à reculons. L'accouchement basse

il se passe très mal : bah on a tout faux aussi. Donc je sais pas. C'est pour ça que moi je pense qu'on a... Par contre une césarienne ! Une patiente qui veut une césarienne, la césarienne pour une raison X, Y ou Z ça se passe mal : plaie de vessie, elle perd deux litres de sang... Elle a été informée, elle a voulu la césarienne.

À partir du moment où les choses elles ont été écrites, expliquées, comprises, que les décisions elles sont partagées, que la patiente elle prend la décision de façon claire, loyal, machin, truc... à mon avis il peut pas y avoir trop de problèmes.

D'accord. Et après vous m'avez parlé de ça aussi, sur le plan financier, est-ce que vous pensez que ça peut avoir une influence ? Dans d'autres hôpitaux ou ici ?

Bah... non parce que bah de toute façon c'est un hôpital public hein. Donc nous on touche pas plus d'argent à faire des césariennes ou des accouchements voie basse. Après je sais pas dans les cliniques privées, peut être que ça influence une part des décisions. Mais pas... en tout cas pas moi dans ma pratique.

Je pensais plus sur le point, par exemple, tout à l'heure, vous me disiez qu'il y avait des hôpitaux où ils vont refuser d'office à une césarienne sur demande maternelle.

Hm oui. Bah ça c'est pour leur taux de césariennes. Nous ici on s'en moque. Mais il y a des hôpitaux genre le CHU de Besançon, ils sont très fiers d'avoir que 14% de césariennes et parce qu'en fait toutes les patientes qui veulent ce type de césarienne, et cetera, ils les virent hein.

D'accord. Et donc il n'y aurait pas de facteurs de, je pense à ce que vous me disiez, le prix du fait que l'hospitalisation est plus longue...

Bah ça, c'est la société. Mais c'est vrai que c'est un coût qui est porté par la société euh... Et voilà, mine de rien, c'est une césarienne, ça coûte plus cher à la société. Voilà, c'est évident quoi.

D'accord. Je termine juste en revenant du coup sur la place de la femme dans cette décision du coup c'est ce que vous m'expliquez c'est que c'est une décision médicale partagée ?

Bah oui, même pour moi elle est centrale la position de la femme hein.

Glossaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

SA : Semaines d'Aménorrhée

HAS : Haute Autorité de Santé

CDMR : Caesarean Delivery on Maternal Request (césarienne sur demande maternelle)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Introduction : Malgré l'augmentation considérable des taux de césariennes au niveau mondiale ces dernières années, les taux de césariennes en France restent stables depuis 2003. Quelques études montrent que des césariennes sont réalisées sur demande maternelle en France, mais il n'existe aucune donnée sur les pratiques des gynécologues-obstétriciens vis-à-vis de cette demande. L'objectif de cette étude était d'explorer les attitudes et les pratiques des soignants face à une demande maternelle de césarienne.

Méthode : Des entretiens qualitatifs semi-directifs, au nombre de 12, ont été menés auprès de gynécologues-obstétriciens exerçant dans des structures hospitalières publiques ou privées d'Ile-de-France. Ces entretiens ont été retranscrits puis analysés par thématique.

Résultats : L'attitude des médecins varie et dépend de leur perception des risques d'une césarienne sans indication médicale, des motivations des femmes et du contexte clinique. Les pratiques se basent sur un accompagnement personnalisé des femmes en demande, consistant en l'identification des motivations des femmes, la délivrance d'une information complète et loyale, et la proposition de consulter un psychologue. Le choix de la voie d'accouchement repose sur une décision médicale partagée entre le médecin et la patiente, ou sur une décision collégiale avec l'équipe obstétricale.

Conclusion : En France, les recommandations en matière d'accompagnement des femmes en demande de césarienne, sont en partie appliquées par les soignants. Il faudrait cependant désormais explorer l'aspect quantitatif de ces pratiques et leur impact sur les taux de césariennes.

Mots-clés : *Césarienne, Demande maternelle, Risque, Motivation, Accompagnement, Autonomie*

Abstract

Introduction : Despite the significant increase in caesarean section rates worldwide in recent years, caesarean section rates in France have remained stable since 2003. A few studies show that caesarean sections are performed on maternal request in France, but there are no data regarding the practices of obstetrician-gynaecologists in relation to this request. The aim of this study was to explore the attitudes and practices of healthcare providers when faced with a maternal request for a caesarean section.

Method : A total of 12 qualitative, semi-structured interviews were conducted with obstetricians working in public and private hospitals in the Paris region. These interviews were transcribed and analyzed by theme.

Results : Doctor's attitudes vary and depend on their perception of the risks related to the caesarean section without medical indication, on women's motivations and on the clinical context. Practices are based on personalized support for women in demand, consisting of identifying women's motivations, providing full and fair information, and offering to consult a psychologist. The choice of delivery mode is based on a medical decision shared between the doctor and the patient, or on a collegial decision with the obstetric team.

Conclusion : In France, recommendations concerning the support of women requesting a caesarean section are partly applied by care providers. However, the quantitative aspect of these practices and their impact on caesarean section rates should now be explored.

Keywords : *Caesarean, Maternal request, Risk, Motivation, Support, Autonomy*