

La césarienne sur demande une manifestation de la culture de la peur ?

5

Vania Jimenez

- ⊗ *M^{me} Inquiète vous demande une césarienne. Pourquoi ?*
- ⊗ *Par peur du travail ? Pour éviter la douleur ?*
- ⊗ *Pour éviter les complications maternelles possibles de l'accouchement vaginal ?*
- ⊗ *Pour éviter des risques potentiels pour le fœtus ?*
- ⊗ *Par commodité ?*

Quelle place donner au choix de la patiente dans le processus d'accouchement ?

LA CONTROVERSE caractérise l'accouchement par césarienne depuis les années 1980. En Amérique du Nord, les taux élevés de césariennes (presque le double de ceux de certains pays d'Europe) ont incité les obstétriciens à réévaluer leurs pratiques. Dans le cadre d'une stratégie pour diminuer le nombre de césariennes, les États-Unis ont établi un objectif de 40 % d'accouchements vaginaux après césarienne (AVAC). Au Canada, le taux de césariennes est tombé de 20 % en 1986 à 15 % en 1994, puis est remonté de nouveau à 19,2 % en 1998. En 2002, il a atteint 26,1 % aux États-Unis et, pour les accouchements à l'hôpital, 22,5 % au Canada¹. Du jamais vu !

Il reste que plusieurs pays dépassent largement les taux souhaitables de césariennes : le Brésil a un taux global de 32 % et même de 80 % à 90 % dans certaines cliniques privées tandis que Hong Kong avait en 1999 un taux de 27 %.

La D^{re} Vania Jimenez est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université McGill, à Montréal. Elle est clinicienne et chercheure et pratique la médecine familiale au CSSS Côte-des-Neiges/Métro/Parc-Extension ainsi que l'obstétrique à l'Hôpital général juif.

Encadré 1

Césarienne sur demande : les lignes directrices

- ⊗ **Voici ce que disent les lignes directrices de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) :** « Parce qu'il n'existe pas de données probantes claires, la pratique d'une césarienne pour des raisons non médicalement justifiées n'est pas éthiquement acceptable ». De façon semblable, l'OMS déclare qu'un taux de césariennes au-dessus de 15 % est inacceptable.
- ⊗ **L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), dans un avis émis en novembre 2003,** « appuie l'exécution d'une césarienne sur demande lors d'une grossesse normale, après avoir obtenu un consentement éclairé de la patiente. »
- ⊗ **La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) n'a encore émis aucune position officielle, mais affirme toutefois déjà que** « ... l'accouchement vaginal est le plus sécuritaire pour la majorité des femmes et comporte moins de risques de complications durant la grossesse et les grossesses subséquentes que l'accouchement par césarienne. »

En mars 2004, le Centre BC Women's en Colombie-Britannique a imposé un moratoire de deux ans sur la césarienne sur demande.

Qu'est-ce qui a changé ? Qu'est-ce qui a mené à cette situation ?

Depuis que les interventions chirurgicales sont devenues beaucoup plus sécuritaires et parfois faites dans des buts non thérapeutiques (esthétique, dons d'organes pour la transplantation par des donneurs vivants), l'ancienne règle éthique et légale selon laquelle une opération n'était justifiée que lorsqu'elle était indiquée d'un point de vue thérapeutique a changé.

Tableau I

Morbidité associée à l'accouchement par césarienne^{4,7-9}

Risques immédiats

- ⊕ Complications liées à l'anesthésie
- ⊕ Hémorragie
- ⊕ Risque de lacérations vésicales, intestinales, urétérales et vasculaires
- ⊕ Risque plus élevé de thromboses veineuses profondes et d'embolies pulmonaires
- ⊕ Hospitalisations prolongées
- ⊕ Retard pour amorcer l'allaitement
- ⊕ Expérience d'accouchement moins enrichissante
- ⊕ Premiers contacts plus tardifs avec le nouveau-né

Risques à moyen terme

- ⊕ Hystérectomies plus fréquentes
- ⊕ Anémie grave
- ⊕ Nombre accru de réhospitalisations pour infection
- ⊕ Douleurs prolongées en post-partum
- ⊕ Convalescence plus longue
- ⊕ Plus d'échecs d'allaitement

Grossesse subséquente

- ⊕ Plus de difficultés à concevoir
- ⊕ Risque accru de :
 - ⊕ grossesse ectopique
 - ⊕ *placenta prævia*
 - ⊕ *placenta accreta*
 - ⊕ décollement placentaire
 - ⊕ mort fœtale *in utero*

Les normes éthiques donnent aux patients le droit de décider eux-mêmes, le droit à l'autonomie et le droit à l'autodétermination. La loi a contribué à la mise en place de ce changement en considérant le consentement éclairé d'un adulte compétent comme une justification de rechange au bienfait thérapeutique, en autant que l'opération en question ne soit pas contraire aux politiques et à la morale publiques. Or, la césarienne sur demande ne l'est pas.

Certaines personnes croient que les médecins ne de-

vraient pas refuser le choix du traitement au patient, sauf s'il met en danger la vie ou la santé du patient, ce qui voudrait alors dire que les médecins imposent leurs valeurs aux patients. Certains leaders d'opinion associent la demande d'une césarienne à une question de « droits civils ».

Pour donner un consentement éclairé à n'importe quelle intervention, une femme doit avoir toute l'information pertinente pour une personne raisonnable dans des circonstances comparables. Elle doit également avoir des réponses complètes, claires et honnêtes à ses questions. Cette information comprend tous les risques, avantages et bienfaits potentiels pour chacune des options. La question du formulaire de consentement dans le cas de l'AVAC est soulevée ailleurs dans ce numéro. (Voir l'article de la D^{re} Fanny Hersson-Edery intitulé « Puis-je espérer un accouchement vaginal la prochaine fois ? »).

Données de la littérature sur l'accouchement et attitude des intervenants

Jusqu'à très récemment, sauf pour les femmes enceintes d'un bébé qui se présente par le siège, les données probantes au sujet du risque comparatif entre une césarienne programmée et un accouchement vaginal programmé étaient inexistantes.

Des données pertinentes récentes comparent la césarienne sur demande à un accouchement vaginal programmé, sur deux plans :

- ⊕ les issues pour le nouveau-né ;
- ⊕ les atteintes du plancher pelvien.

Dans ces études, certains aspects demeurent négligés : la valeur accordée à un accouchement vaginal, l'aspect spirituel de l'accouchement ainsi que les enjeux de maîtrise de soi et de sentiment de contrôle.

En ce qui concerne l'accouchement par césarienne dans le cas de la présentation du siège, une étude à répartition aléatoire³ menée en 2000 a eu pour effet d'inciter les médecins à ne pas pratiquer d'accouchement par voie vaginale lors d'une présentation du siège. Il est généralement admis aujourd'hui que cette décision était hâtive. Or, tout récemment, un article⁴ portant sur le suivi après deux ans de mères

Les croyances des médecins influent sur l'issue pour la patiente.

Repère

dont le bébé s'était présenté par le siège et de leurs bébés révélait l'absence de différences entre le groupe de présentations du siège dont l'accouchement a eu lieu par voie vaginale et ceux dont l'accouchement a eu lieu par césarienne. Aucune différence n'avait été notée non plus dans le neurodéveloppement des enfants ainsi que dans l'incidence des problèmes urinaires et sexuels chez les mères. Cette étude a donc jeté un pavé dans la pratique de la césarienne en cas de présentation du siège. Malheureusement, le mal est fait, et bon nombre d'accoucheurs ont perdu les habiletés nécessaires pour faire l'accouchement d'un bébé se présentant par le siège.

Klein et coll.⁵ ont publié l'un des rares articles qui relie les croyances et les comportements des intervenants en maternité autour de l'épisiotomie. Cette étude observa que les croyances des médecins influent sur l'issue pour la patiente.

Les études indiquent une absence de données probantes qui appuient les bienfaits de la césarienne sur demande ou programmée et reconnaissent l'influence des croyances des médecins. À cela s'ajoute la question du libre choix des patientes.

Quels sont les risques associés à la césarienne ?

Mortalité et morbidité maternelles

Une étude anglaise⁶ corrobore le fait que la mortalité maternelle postcésarienne est plus élevée que celle qui est associée à l'accouchement vaginal : 5,9 pour une césarienne programmée contre 2,1 pour un accouchement vaginal pour 100 000 grossesses complétées.

Non seulement la mortalité postcésarienne est-elle plus élevée, mais elle entraîne aussi une morbidité plus importante (tableau I).

Allaitement

Une étude récente menée en Australie¹⁰ a révélé que même si l'effet est transitoire, la quantité de lait ma-

Encadré 2

Morbidité et mortalité chirurgicales

Complications à la suite de la césarienne

- 37 césariennes produisent un traumatisme opératoire de plus
- 159 césariennes produisent une infection de plus
- 156 césariennes produisent une réhospitalisation de plus

Complications lors de grossesses subséquentes

- 444 césariennes causent un décollement placentaire de plus
- 538 césariennes causent un *placenta prævia* de plus
- 694 césariennes causent un placenta envahissant de plus

Source : Klein M. Presentation Family Medicine Forum (FMF) 2004. Toronto : Sheraton Centre Toronto, 25-27 novembre 2004.

Tableau II

Risque pour le nouveau-né venu au monde par césarienne

- ⊕ Augmentation de la détresse respiratoire du nouveau-né : 35,5 contre 5,3 pour 1000 naissances vivantes⁴
- ⊕ Tachypnée transitoire du nouveau-né : 1 cas de plus de tachypnée transitoire du nouveau-né pour 65 naissances par césarienne⁴
- ⊕ Dans le contexte d'antécédents familiaux d'allergies, le risque d'intolérances alimentaires et de diarrhées augmente chez le nouveau-né¹¹
- ⊕ Risque de coupure accidentelle et de cicatrice pour le nouveau-né

ternel ingérée dans les premiers jours par le nouveau-né est significativement moindre lorsque l'accouchement s'est fait par césarienne plutôt que par voie vaginale.

Nouveau-né

Il est reconnu que l'accouchement par césarienne présente un risque net pour les nouveau-nés (tableau II)^{4,9-11}.

Avantages de la césarienne ?

Les résultats d'une étude publiée en 2002¹² et d'une

La mortalité maternelle est plus importante dans le groupe de femmes ayant eu une césarienne programmée que chez celles qui ont eu une épreuve de travail, même si le taux de rupture utérine est plus élevé dans le deuxième groupe.

L'accouchement par césarienne présente un risque net pour les nouveau-nés.

Repères

Tableau III

Avantages de la césarienne

- Incontinence urinaire moins élevée à la suite d'une césarienne : ces études, pour la majorité, ne vont que jusqu'à trois mois après l'accouchement. Les études sur des populations importantes ne montrent qu'un très léger avantage du côté de la césarienne⁴.
- Incontinence fécale légèrement moins élevée à la suite d'une césarienne.
- Fonction sexuelle moins affectée à la suite d'une césarienne : les études ne vont que jusqu'à trois mois après l'accouchement. Après six mois, l'avantage de la césarienne disparaît.
- La césarienne comme solution de rechange à un cas de forceps difficile est un choix raisonnable du point de vue de la fonction sexuelle. Il n'est jamais trop tard pour une césarienne, quand elle est nécessaire !

Source : Klein M. Presentation Family Medicine Forum (FMF) 2004. Toronto : Sheraton Centre Toronto, 25-27 novembre 2004.

étude en cours¹³ sont présentés au *tableau III*.

Le sujet s'est politisé et le discours féministe est à présent curieusement divisé.

Le discours de certains éthiciens est pour le moins surprenant, juxtaposant le droit à l'avortement au droit à la césarienne sur demande¹⁴. Et il y a un large consensus quant au fait que la mère et le nouveau-né sont en meilleure forme après un accouchement vaginal qu'après une césarienne.

L'on comprendra aussi que la demande d'une césarienne est fondée sur des questions de peur, de convenance et de désinformation.

En ce qui concerne la question du « libre choix de la femme », cette culture (ou est-ce une mode ?) mène à une augmentation de la consommation de soins médicaux : hospitalisation plus longue, morbidité accrue pour la mère et le nouveau-né, et ce, dans un contexte de pénurie, sans oublier les infrastructures nécessaires pour toutes ces césariennes.

Que dire à notre patiente ?

À l'instar d'une sociologue qui s'exprimait récemment¹⁵, il semble que lorsqu'il s'agit de grossesse et

d'accouchement, il paraît particulièrement important d'appliquer le principe de prudence (*precautionary principle*) ou *Primum non nocere* d'Hippocrate, de rejeter l'emploi systématique d'interventions dont l'innocuité n'a pas été prouvée hors de tout doute (en particulier pour le bébé) et donc de ne pas les offrir sans restriction. Nous croyons que le simple fait qu'un médecin accepte que la césarienne soit une question de choix pour la femme reflète une certaine démission quant à sa responsabilité professionnelle.

Les femmes sont bombardées par des images de l'accouchement. De plus en plus, l'accouchement est considéré comme un processus dangereux dont il faut sauver les mères et les bébés. Force nous est de reconnaître que nous sommes dans la logique de la peur, présente dans le monde entier. Malheureusement, certains médecins font la promotion de cette approche en faisant croire que les accouchements vaginaux nécessitent déjà tellement d'interventions que la césarienne devient une solution de rechange raisonnable⁴.

L'on se doit, comme médecin de famille ou comme obstétricien, d'être bien informé soi-même des risques et des avantages de la césarienne sur demande et d'être conscient du potentiel de conflit d'intérêt pour celui qui donne l'information. Idéalement, l'information devrait être fournie par une tierce personne. Comme la césarienne est un processus dispendieux, prenons conscience du fait que nos propres croyances peuvent influencer sur l'attitude de la femme. Si l'on fait confiance au processus naturel d'accouchement, cette confiance va se refléter sur la manière dont nous allons pratiquer et aussi sur la confiance que la femme aura en ses capacités.

En s'appuyant sur la qualité de la relation patient-médecin, il faut transmettre toutes les données à la patiente et découvrir les enjeux cachés qui sous-tendent la demande de la patiente. Un nombre croissant de femmes veulent une césarienne pour des raisons de convenance et aussi parce qu'elles ont peur du travail, de la douleur et des lésions possibles pour elles ou le bébé. Elles ont également peur de perdre la maîtrise de la situation. Elles ont cette idée para-

La césarienne sur demande est un choix fondé sur des questions de peur, de convenance et de désinformation.

Repère

doxale que l'intervention chirurgicale (et ses effets) est une façon d'éviter la douleur.

Nous y voyons là un symptôme (autant de la part des femmes que des intervenants) d'une perte de confiance dans un processus naturel. Encourager cette tendance serait, d'une part, déplorable d'un point de vue éthique étant donné les risques de la césarienne. D'autre part, la normalisation de la césarienne contribuerait encore plus à créer un environnement de peur pour les femmes.

Lorsque notre patiente évoque la question de la césarienne, de la même façon qu'on le fait lorsqu'une intervention ou un médicament nous est proposé comme une option, on devrait se demander « Quel est le problème et quelles sont les approches non techniques et non pharmacologiques ? » Ce n'est que lorsque nous aurons épuisé toutes ces approches ou encore si elles n'existent pas ou sont dommageables que le « chemin technologique » devrait être emprunté.

Rappelons-nous que le « choix » du consommateur n'est pas un modèle acceptable en médecine familiale; ce n'est pas un modèle acceptable dans la relation patient-médecin. Dans certaines circonstances¹⁵, le fait de donner plus de choix à la femme accroît les risques pour la santé et bénéficie à ceux qui proposent les diverses options. Avoir le choix n'est pas avoir tous les choix.

L'information à transmettre aux médecins en est une de statistiques. Chaque femme est unique et sa position doit être considérée comme unique. Néanmoins, pour que son consentement soit éclairé, il faut qu'il soit le plus complet possible. Également, en l'absence de données probantes, il est impératif que les professionnels usent du principe de prudence. 📖

Date de réception : 24 janvier 2005

Date d'acceptation : 4 mai 2005

Mots-clés : césarienne, accouchement vaginal, information, morbidité

Bibliographie

1. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques éclairés par sujet : grossesse et accouchement. Site Internet : http://secure.cihi.ca/ci-hiweb/dispPage.jsp?cw_page=statistics_results_topic_pregnancy_f&cw_topic=Health%20Conditions&cw_subtopic=Pregnancy%20and%20Childbirth (Page consultée le 5 janvier 2005).
2. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal

Summary

Cesarean section on request: yet another expression of the culture of fear? Requests for elective cesarean delivery present obstetricians and family physician accoucheurs with a clinical and ethical dilemma. Do considerations such as avoidance of pain, fear of labor, worries about maternal and fetal complications or the convenience to the mother justify the risks of major surgery? In this article, we shall present elements from the ongoing debate so that accoucheurs have elements that help them to reflect about the situation and have tools to approach their patients.

We shall explore the physician's responsibility, in terms of evidence about outcomes, the effect of one's own beliefs on outcomes, and respect and guidance for women's choices, keeping in mind that the biggest casualty of the issue of perceiving risk and availability of interventions for women during pregnancy and labor is the undermining of the confidence of a generation of women, who already have low confidence and high fear about their capacity to give birth.

Keywords: cesarean section, vaginal birth, information, morbidity

preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1997; 73 (1) : 1-4.

3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356 (9239) : 1375-83.
4. Hannah ME. Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women. *CMAJ* 2004; 170 (5) : 813-4.
5. Klein MC et coll. Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *CMAJ* 1995; 153 (6) : 769-79.
6. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354 (9180) : 776.
7. Murphy DJ et coll. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet* 2001; 358 (9289) : 1203-7.
8. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Disease in Childhood Fetal and Neonatal* 2003; 88 : F380.
9. Dani C, Reali MD, Bertini G, Wiechmann L, Spagnolo A, Tangucci M, Rubaltelli FF. Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants. Italian Group of Neonatal Pneumology. *Eur Respir J* 1999; 14 : 155-9.
10. Truffert P. Neonatal consequences of cesarean section. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29 (Suppl. 2) : 17-21.
11. Koletzko S. Archives of Disease in Childhood, cité dans : *Medical Post* ; 2004 ; 40 (43).
12. Peyrat L et coll. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU International* 2002; 89 (1) : 61-6.
13. Klein M et coll. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing cesarean births. *Journal of SOGG*. Sous presse, 2005.
14. Margaret Sommerville, *Châtelaïne* avril 2003.
15. Lippman A. *Globe and Mail* mars 2004.