Césarienne vs Voie vaginale : sécurité immédiate et effets à long terme

Autor(en): **Bodart Senn, Josianne**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **105 (2007)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950009

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Sécurité immédiate et effets

«Accoucher par voie basse, c'est comme escalader un 8000 mètres» aurait dit une sage-femme. Mais cet effort ne plaît pas nécessairement à tout le monde: certaines paniqueront et penseront qu'elles n'y arriveront jamais; d'autres fonceront, puis devront admettre qu'elles ont surestimé leurs forces. «Est-ce vraiment un 8000 mètres ou seulement un 3000?», rétorque une autre sage-femme. Jusqu'où faut-il comparer les divers modes d'accoucher? A quels types d'effets faut-il accorder son attention?

Josianne Bodart Senn

QUOI qu'il en soit, la parturiente a un guide (son enfant à naître) et une accompagnatrice (sa sage-femme). Et, lorsque le sommet est atteint, elle oublie (dit-on) tout le chemin parcouru, ses embûches et ses «blessures». De là l'idée que celles qui se décident pour une césarienne primaire passent peut-être à coté d'une expérience qui sort de l'ordinaire et d'un bonheur intense. Juste parce que, selon la tendance Lifestyle, elles se laissent prendre en mains, «comme si» l'hélicoptère venait la poser au sommet au moment qu'elle, son partenaire ou l'équipe médicale, jugent favorable.

Du point de vue de la mère, la césarienne est de plus en plus considérée comme une méthode sûre, planifiable et simplifiée. Le Dr. Michael Häberle, Gyn-A.R.T. AG (Centre pour la médecine de la reproduction, Zurich) a rappelé lors du Congrès de Olten que les taux de césariennes de convenance augmentent partout dans le monde. En Nouvelle-Ecosse (Canada), son augmentation annuelle atteint, depuis 2001, 6%. Le pronostic du taux de césariennes électives pour un futur proche semble être supérieur à 50%.

L'obsession de la sécurité

Ce qui motive les médecins à proposer si facilement une césarienne élective, ce sont – entre autres – les résultats d'études scientifiques tels que ceux obtenus par l'équipe de V.M. Allen, que vous retrouvez ci-dessous. Au Congrès de Olten, nous avons aussi appris que «gynécologie suisse» est en train de préparer une formule écrite de déclaration de consentement éclairé... pour tous les accouchements par voie basse!

Du point de vue de l'enfant, la césarienne se révèle moins «douce» qu'elle semblait être. Elle est «incisive» non seulement parce que, dans 5% des cas, le scalpel blesse l'enfant, mais aussi parce qu'elle le prive de cohérence et de sens. Anna Rockel-Loenhoff, pédagogue, psychologue, sage-femme et médecin (région de la Ruhr, Allemagne), explique que, tant que la grossesse et la naissance seront abordées comme un «processus de fabrication», nous manquerons la satisfaction des besoins archaïques de l'enfant. Pour elle, la violence appelle la violence: il conviendrait d'apprendre l'empathie.

Un jeu de mots intraduisible

«Geborgen – geboren – gebogen»: Anna Rockel-Loenhoff joue sur ces trois mots presque semblables. Esquissons-en l'idée en trois temps:

1. L'enfant est «sauvé» («geborgen») d'un grand péril comme peuvent l'être les marins en mer: la césarienne serait-elle une sorte de sauvetage «en mère»?
2. L'enfant est «né» («geboren») même si, par la césarienne Lifestyle il est venu au monde sans être passé par un processus physiologique fondamental: Barbara Duden prétend même qu'il est «non-né» («ungeboren»)
3. L'enfant est «tordu», «plié» («gebogen») parce qu'il a été comme «arraché» de sa mère et il développe par-après des symptômes étonnants, comme une colonne vertébrale arquée.

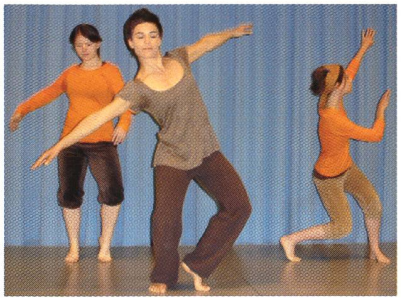
Dans sa pratique clinique, un cabinet de santé familiale, Anna Rockel-Loenhoff recense divers syndromes inquiétants: syndrome hypercinétique, troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles de réaction oppositionnelle, troubles de perception sensorielle, retard du développement. Pour tous ces diagnostics, l'anamnèse indique en général: ou bien une amniocentèse, ou bien un déclenchement, ou encore une intervention instrumentalisée, mais surtout dans la majorité des cas une césa-

Morbidité maternelle associée à la césarienne sans travail, comparée au travail spontané à terme

Morbidité maternelle	Césarienne de convenance N=721	Accouchement spontané N=12607	Voie basse instrumentée n=3613	Césarienne d'urgence n=1480
Transfusion sanguine	2 (0.3)	38 (0.3)	27 (0.8)	8 (0.5)
Infection de plaie	11 (1.5)	55 (0.4) P < .001.	70 (2.0)	32 (2.2)
Fièvre puerpérale	8 (1.1)	26 (0.2) P < .001.	14 (0.4) P < .05	49 (3.3)
Hématome	1 (0.1)	18 (0.1)	3 (0.1)	3 (0.2)
Hémorragie Post-partum	28 (3.8)	640 (5.1)	346 (9.6) P < .001.	111 (7.5) P < .001.
Traumatisme peropératoire	1 (0.1)	8 (0.1)	5 (0.1)	38 (2.6) P < .001.
Total Morbidité	51 (7.0)	785 (6.2)	465 (12.9) P < .001.	241 (16.3) P < .001.

Source : Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF (Department of Obstetrics and Gynecology, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada) In : Obstet Gynecol. 2003 Sep; 102(3):477–82.

à long terme



«Vous prodiguez aussi force et énergie pendant l'attente» précise Ursula Berger.

rienne sur commande et sans indication médicale.

Anna Rockel-Loenhoff estime que, lorsque la femme «choisit» la césarienne, elle pense que la sécurité est primordiale et qu'il vaut mieux se soumettre au pouvoir médical. En échange, elle se dit qu'elle va éviter des douleurs inutiles et des risques, mais aussi et surtout elle va échapper à une confrontation aux divers événements biologiques individuels. Avec la césarienne de convenance, on la «fait» mère d'une manière planifiée et claire. Et elle en délègue la responsabilité.

Et si la cohérence était primordiale...

D'un point de vue psychologique, l'interaction avec l'enfant devrait être marquée par:

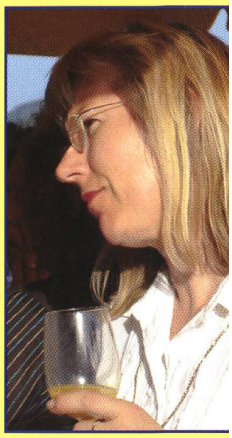
- La confiance en soi, permettant à toute l'énergie vitale de s'exprimer, alors que n'importe quelle intervention médicale rend la femme passive.
- L'autoprotection, favorisant le lien harmonieux entre le corps et l'esprit, alors que toute intervention médicale blesse la femme.
- La capacité de maintenir les distances («Que veulent les autres? Qu'est-ce que je veux, moi?») et de dire ce qui est vraiment désiré, la césarienne ou «autre chose»?
- La présence maintenue malgré les douleurs: L'anesthésie permet-elle une réelle présence ou est-elle l'expression d'un retrait intérieur?
- La créativité/spontanéité, une confiance dans la capacité de trouver son propre cheminement.
- L'amour-propre («je le vaux bien»)
- L'auto-évaluation («cela paie de se battre pour ses propres besoins»)
- La capacité d'agir ensemble («nous bâtissons ensemble»)
- La capacité de chercher de l'aide («qui me soutiendra le mieux dans mes propres besoins?»)
- L'empathie («ce que je sens est authentique et important»)
- La capacité de se sentir aimée (aussi en dehors des normes socialement dictées, comme par ex. «être une bonne mère», «agir de manière responsable», etc.).

Pour l'enfant, ce «sentiment de cohérence» est très important, simplement pour bâtir un environnement sûr et vivre des expériences signifiantes. Or, d'après ses propres observations, Anna Rockel-Loenhoff constate qu'un enfant venant au monde par césarienne est soit presque «évanoui» (l'anesthésie peut en être la cause) ou «surexcité»: «il est rarement au milieu». Mais il y a plus: au moment du passage par voie basse, l'enfant est actif, il mobilise ses énergies mais à son rythme, tandis qu'une césarienne ne lui accorde aucune pause, aucun arrêt, aucune détente et il passe subitement de mains en mains pour aspiration ou premiers examens.

«Pour nous, il s'agit là de quelques minutes, pour lui c'est un temps sans fin et dépourvu de sens! Alors, il crie ou il fait le mort», suggère Anna Rockel-Loenhoff. Le nouveau-né s'imprègnerait ainsi de l'une ou l'autre de ces stratégies (il se «programmerait» en quelque sorte) et, plus tard, il présenterait des syndromes tels que détresse respiratoire, allergies, eczéma, asthme, etc. Des études récentes évoquent même le diabète, des affections cardiaques, des troubles psychiques qui seraient des conséquences encore peu connues de ce stress très intense.

Par ailleurs, chez les nouveau-nés qui subissent durant leur première semaine de vie un stress chronique, on constate:

- ou bien un comportement du style «hurleur»: il se calme difficilement, se tient penché, dort mal, a un trop grand tonus musculaire, etc.
- ou bien un comportement du style «résigné»: il dort beaucoup, évite le contact visuel, a toujours les mains et les pieds froids, a un trop faible tonus musculaire, etc. ◀



...pour écouter