

# Césarienne naturelle | Cairn.info

1 Le terme de césarienne naturelle pourrait sembler un oxymore tant cette intervention chirurgicale est, dans sa pratique habituelle, éloignée d'un phénomène naturel comme la naissance et l'accouchement, qu'il s'agisse du lieu de réalisation, de l'entourage technique, du matériel utilisé, de la logistique et du nombre de personnes nécessaires à sa réalisation. Cette approche particulière de la naissance d'un bébé au bloc opératoire a été développée par la maternité Queen's Charlotte Hospital, à Londres, il y a environ huit ans, et est désormais passée dans leur pratique courante. Le déroulement technique du geste est dans son ensemble comparable à celui d'une césarienne classique, mais ici, « l'extraction » du bébé est effectuée de façon à ce que les parents puissent voir leur enfant naître et ainsi, dans une certaine mesure, participer plus activement à cette naissance.

2 En cours d'intervention, on abaisse le champ opératoire qui se dresse habituellement comme un rideau entre la maman et l'opérateur (certains centres utilisent un champ transparent) au moment où le bébé va sortir. Le chirurgien ne l'extrait pas directement de l'utérus comme dans une césarienne classique où l'on appuie sur le fond utérin pour aider la sortie de l'enfant ; ici, on attendra l'effet des contractions ou de la respiration de la maman (à qui on peut éventuellement demander de pousser ou de souffler) pour tourner le visage de l'enfant vers ses parents et lui permettre de naître plus calmement, comme d'ordinaire.

3 D'après les auteurs, cette pression progressive lors de la sortie contribuerait à reproduire le phénomène de la pression exercée sur le thorax lors d'une naissance par voie naturelle, et permettrait de limiter les risques d'inhalation amniotique. Une fois partiellement à l'extérieur, sur le plan physiologique, c'est l'effet du contact avec l'air ambiant et de la différence de température qui fait que le bébé va souvent crier avant

même d'être totalement sorti. Il sera ensuite aidé par le chirurgien puis confié à la sage-femme pour être placé sur la poitrine de la maman, directement sur sa peau. Il peut parfois être mis de suite au sein alors que l'intervention n'est pas encore terminée. Le cordon sera coupé un peu plus tard par le papa, qui reste en dehors du secteur stérile de l'intervention, à la tête de la maman, alors que les chirurgiens achèvent l'intervention.

4 Les auteurs ayant décrit cette méthode[1][1] J. Smith, F. Plaat, N. Fisk, « The natural caesarean : a... avaient aussi dans l'idée d'améliorer le peau-à-peau précoce, l'implication du couple dans la naissance et le taux d'allaitement. Ils ne se sont pas donné les moyens méthodologiques de cette évaluation qui aurait imposé de choisir des couples au hasard et de pratiquer une césarienne programmée – soit avec la méthode décrite ci-dessus, soit comme d'habitude – pour répondre à ces questions. La procédure est aussi décrite comme une technique « centrée sur la femme », donc plus à son écoute. Dans la mesure où il s'agissait de césariennes programmées et de grossesses normales, l'état des bébés à la naissance était comparable à celui de bébés nés par une césarienne classique, c'est-à-dire généralement parfait. L'intérêt de leur travail est de mettre en évidence une très grande satisfaction des couples, sans retrouver (même après sept ans d'évaluation) le moindre effet négatif sur le plan médical. Bien sûr, ce résultat est peu surprenant puisque les césariennes naturelles n'ont concerné que des couples qui étaient favorables à la méthode ; mais leur grande force réside dans la démonstration de leur faisabilité en pratique courante. Bien que certaines études ne montrent pas réellement sur le plan statistique d'altération des contacts, du lien mère-enfant, ou bien de modification du taux d'allaitement maternel quel que soit le mode de naissance[2][2] A.K. Carlander, G. Edman, K. Christensson, E. Andolf, I...., on peut en pratique quotidienne constater que la frustration ou, au contraire, la satisfaction de certains couples n'est pas tout à fait la même en fonction du mode de naissance de leur enfant, mais peut-être aussi selon la façon dont ils ont

été accompagnés et ont pu s'investir dans les détails du déroulement de cette naissance.

5 Cette méthode fait des émules dans le monde entier, dont aux États-Unis et dans le reste de l'Europe plus récemment. Elle vient s'inscrire selon moi dans une démarche de fond très actuelle, visant à essayer de simplifier la réalisation, les suites, les douleurs, le vécu et la reprise de l'autonomie, après cette opération qui reste la plus réalisée au monde. C'est une démarche louable puisqu'elle vise à cesser de réaliser ce qui n'a pas fait la preuve de son utilité, et de rendre plus agréable et mieux vécu ce qui peut l'être ; par exemple, plutôt que de se questionner sur l'utilité de la présence du papa en salle de césarienne, la réflexion porte plutôt sur les signes qui légitimeraient son exclusion.

6 Ne nous y trompons pas, la césarienne naturelle n'est pas une technique chirurgicale, elle est à la portée de toutes les équipes, car les gestes chirurgicaux sont loin d'être complexes. Elle commence en réalité dans la manière de préparer l'intervention et se poursuit avec le souhait de respecter au mieux, dans une atmosphère bienveillante, l'autonomie, les choix des parents et le lien avec leur enfant. Dans la méthode décrite par Smith, Plaat et Fisk, les choses commencent dans les semaines précédentes, où la patiente est encouragée dans le cadre de la préparation à la naissance à visionner des vidéos sur cette technique, afin de se faire une idée plus précise de l'intervention, à choisir les musiques qu'elle souhaiterait entendre à la naissance de son enfant, ou encore ses propres vêtements si elle le souhaite. En salle d'opération, les capteurs (tension et saturimètre) sont mis plutôt sur les jambes et les pieds afin de lui laisser les mains libres, et la perfusion est posée sur le bras non dominant. L'anesthésie est une rachianesthésie classique, l'accent toutefois est mis au maximum sur la prévention des nausées ou vomissements, parfois présents avec ce mode d'anesthésie. Le bébé est encore surveillé par le cardiotocographe jusqu'à la préparation cutanée de la parturiente. Une fois que celle-ci est réalisée, on laisse sans

vêtement le bras libre afin de favoriser le contact peau à peau.

7 Quant à la césarienne, elle commence de façon classique, mais une fois l'utérus incisé, le champ opératoire est abaissé, et la tête de la table relevée pour que la maman puisse voir. Le papa peut à ce moment-là se lever pour regarder s'il le souhaite. À partir de cet instant, le chirurgien ne touche plus rien (*hands off*), et c'est la maman qui, sous l'effet de sa respiration et des contractions de l'utérus (on utilise parfois un petit dispositif dans lequel elle peut souffler pour mieux contrôler son expiration), va permettre la sortie du bébé. Celle-ci intervient progressivement, en quelques minutes. Le nouveau-né crie souvent avant même d'être sorti, alors que son thorax est encore dans l'utérus. Il est souvent laissé ainsi une petite minute afin que les parents aient bien le temps de l'observer. S'il semble présenter des signes de mal-être, l'obstétricien peut toujours intervenir sans délai. Une fois le bébé sorti, le cordon est coupé sous les yeux des parents, puis l'équipe, qui est à la tête, peut découvrir la poitrine de la maman afin que l'on puisse poser le bébé contre elle, où il sera séché et réchauffé, et enfin recouvert avec des vêtements secs. La maman est bien entendu informée sur la manière de respecter l'asepsie pour ne pas contaminer la zone de la césarienne. Par la suite, le cordon du bébé pourra être recoupé par le papa une fois le clamp plastique posé à la base du cordon ombilical. La sage-femme reste toujours présente avec les parents à la tête de la table d'opération afin de surveiller le bébé et de s'assurer que tout va bien. Lorsque la maman quitte la table d'opération en fin d'intervention, le bébé est donné au papa puis simplement mesuré et pesé par la sage-femme.

8 Ce terme de césarienne « naturelle » rencontre des oppositions sur le terrain et fait réagir certains professionnels de santé, qui ne manquent pas de rappeler que la césarienne reste une intervention chirurgicale avec une anesthésie (même loco-régionale) et qu'elle comporte des risques de complications, voire de mortalité et que, de surcroît, elle n'a rien de naturel. Certains avancent même que, à force de rendre la

méthode simple et bien vécue, on risque d'aggraver la progression continue et mondiale du taux de naissances par césarienne, contribuant par ce terme usurpé de « naturelle » à diminuer le recours à la seule naissance « naturelle » qui soit, c'est-à-dire par les voies du même nom... Si seul le terme gêne, il suffirait de le changer pour pouvoir changer aussi la méthode de réalisation. Une patiente américaine ayant eu une césarienne en début d'année parlait de « *gentle cesarean* », qui me semble peut-être plus adapté que « *natural* » puisqu'il exprime à la fois quelque chose de doux et d'attentionné relevant du soutien empathique[3][3]<http://www.npr.org/sections/health-shots/2015/03/09/390977656/th...> Elle décrit d'ailleurs la naissance de son enfant comme quelque chose de plus proche d'un accouchement que d'une opération[4][4]<http://www.youtube.com/watch?v=m5RlcaK98Yg>. Il nous reste sans doute à trouver un terme français qui décrive au mieux ce mode particulier de prise en charge.

9 Si nous voulons voir se développer davantage ces avancées, nous devons changer nos pratiques, comme le soulignent les auteurs de la publication initiale. C'est le travail de toute une équipe, qu'il faut mobiliser et convaincre : les obstétriciens qui doivent travailler différemment, les anesthésistes qui doivent accepter une « intrusion » à la tête de la parturiente – habituellement leur secteur –, les sages-femmes, qui doivent aussi s'impliquer dans la naissance du bébé au bloc opératoire alors qu'elles ne le font généralement qu'en salle d'accouchement et considèrent plutôt le passage au bloc comme un échec. Comme le pointent les auteurs, les plus gros obstacles restent les réticences des équipes à changer de méthode de travail, et surtout, à abandonner leurs rituels. J'ai bon espoir que nous y arriverons, mais sans doute très progressivement, comme avec toutes les avancées humaines autour de la médicalisation de la naissance, qu'il s'agisse de la présence des pères en salle de travail ou en salle de césarienne, désormais de l'ordre des pratiques courantes.