

Problématique des aspects comportementaux, attitudes et perceptions associées à la césarienne en contexte ivoirien.

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences (CAMES)

Département de sociologie

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

jacobagobe@yahoo.fr

Résumé

Un tiers des 18,5 millions de césariennes effectuées annuellement dans le monde sont réalisées sans raisons médicales (OMS,2010). L'objectif général de l'étude vise à analyser les perceptions et pratiques associées à la césarienne dans un contexte socioculturel. L'étude est essentiellement qualitative. Plusieurs techniques en l'occurrence la recension documentaire et les entretiens semi-directifs ont été mobilisées dans cette recherche afin d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et conformes à l'objet d'étude. Ce qui nous a permis d'aboutir au résultat suivant : La question de la santé reproductive est appréhendée ici dans le cadre d'une sociologie de la problématique des aspects comportementaux, attitudes et perceptions associées à la césarienne en contexte ivoirien en référence aux logiques sociales hétérogènes des différents acteurs de la santé. Elle permet une mise en adéquation mécanique des moyens techniques et humains dans un espace social et culturel analysé.

Mots clés : Problématique, Comportements, Attitudes, Perceptions, Césarienne, Ivoirien.

Abstract

One third of the 18.5 million caesarean sections performed worldwide each year are performed for no medical reason (WHO, 2010). The general aim of the study is to analyse the perceptions and practices associated with caesarean sections in a socio-cultural context. The study is essentially qualitative. Several techniques were used in this research, including a literature review and semi-structured interviews, in order to obtain a range of data that was available, accessible and relevant to the subject of the study. This enabled us to arrive at the following result : The question of reproductive health is approached here within the framework of a sociology of the problem of behavioural aspects, attitudes and perceptions associated with caesarean sections in the Ivorian context, with reference to the heterogeneous social logics of

the various health stakeholders. It enables a mechanical matching of technical and human resources in an analysed social and cultural space.

Key words : Issues, Behaviours, Attitudes, Perceptions, Caesarean section, Ivorian.

Introduction

En Côte d'Ivoire, le taux de césarienne est également en hausse, même s'il n'atteint pas le seuil de l'OMS. Ainsi, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2021) estime le taux de césarienne « routine base DHIS 2 » au plan national à 4,33% en 2020, contre 3,59% en 2019. Selon la même enquête, le taux de césarienne est passé à 10,34% en 2021. Les districts sanitaires ayant un fort taux de césarienne sont le District de Dimbokro avec 16,94, suivi des Districts de Katiola et d'Anyama avec respectivement, 14,67% et 14,44%.

Une immixtion sur le terrain d'enquête en province (Région Lôh Djiboua) a permis de relever qu'au sein de la communauté, les femmes s'approprient leur accouchement qui se fait le plus souvent avec l'emploi de "topiques traditionnelles", chez les matrones avec des complications sanitaires et sociales négligeables. Les mères et les grands-mères transmettent des connaissances et des croyances par rapport à l'accouchement aux nouvelles générations. Avec l'accouchement médicalisé, les femmes, estiment qu'enfanter à l'hôpital est non seulement meilleur, mais c'est l'unique choix raisonnable. Aujourd'hui, dans la sous-préfecture de Didoko (Région Lôh Djiboua), on assiste à une expansion fulgurante de l'indication de la césarienne. De toute évidence, les praticiens semblent de moins en moins à l'aise avec l'accouchement par voie basse ; à la moindre suspicion de complication liée à l'accouchement, la césarienne se présente comme la seule option.

L'observation de la réalité dans notre espace d'enquête a permis de relever que, toute intervention chirurgicale passe par un processus qui débute par la décision opératoire. Suite à cette décision, l'annonce de l'acte est faite au patient et à ses parents. La césarienne n'échappe pas à cette règle. Ainsi, cette annonce consiste à donner à la patiente et à ses parents, des informations concernant la nature et les raisons de l'intervention, les résultats escomptés, les risques éventuels, les étapes de la césarienne, les soins préopératoires, le transfert au bloc opératoire, la surveillance en salle de réveil, le transfert en salle

d'hospitalisation et sa durée, la durée d'arrêt de travail, puis le retour au domicile. Tout ce processus se déroule après une préparation psychologique préalable, avec une écoute active de la patiente, et l'opportunité est donnée à la celle-ci de poser ses préoccupations.

Cependant, l'exploration dans la sous-préfecture de Didoko, relève que, l'annonce de la césarienne ne suit pas ce protocole spécifique, En effet, dès que la contre-indication de l'accouchement par les voies naturelles est confirmée, l'annonce de la césarienne à l'intention des gestantes et de leurs parents se fait spontanément. Elle se fait verbalement, et le soin est donné à la sage-femme ou au gynécologue, qui informe la patiente et ses parents. Aucune préparation psychologique de la césarienne n'est faite. Les prestataires évoquent lors de l'annonce, le motif attribué à l'acte chirurgical, le pronostic vital de la mère ou de l'enfant. « On lui explique pourquoi on doit effectuer la césariser », « On lui dit que si elle ne se fait pas césariser, sa vie ou celle de son bébé est en danger », « On n'a pas le temps d'évaluer leur état d'âme ». Sur cette base, comment les gestantes et leurs familles réagissent-ils à l'annonce spontanée de la césarienne ? L'enjeu scientifique de ce travail consiste à analyser les perceptions et pratiques associées à la césarienne dans un contexte socioculturel.

Un état de connaissance sur l'objet d'étude révèle à travers les résultats des travaux de Coulm et al., (2014) que les césariennes programmées représentent 11% de la totalité des césariennes ; 28% d'entre elles ne seraient pas médicalement justifiées et seraient potentiellement évitables si les recommandations françaises pour la pratique clinique étaient mieux respectées. Aussi ajoute-t-il, les césariennes avant travail pour présentation du siège et pour un antécédent de césarienne contribuent majoritairement à ces césariennes inutiles. Pour l'auteur, il existe des disparités géographiques mais également entre établissements sont constatées. Le taux de césarienne est plus élevé dans les hôpitaux de niveau 3, les établissements privés ou situés en Ile-de-France. Le taux de césarienne est plus élevé en Ile-de-France que dans les autres régions : 22,7% dont 7,5% de césariennes programmées. Si les établissements de type 3 réalisent en moyenne plus de césariennes car ils sont amenés à traiter plus de situations à risques, pour une patiente ayant le même facteur de risque, on constate un écart de 10 points de plus en type 1 versus type 3, il serait donc probable que les maternités ne disposant pas en

permanence de toutes les ressources humaines et techniques nécessaires pour faire face à l'urgence, principalement les établissements de type 1, pratiquent des césariennes dites de « sécurité » Coulm et al., (idem). Les travaux de Odent et al., 2005 s'interrogent sur la grande prudence de l'accouchement par césarienne qui n'est pas anodine, l'énoncé de ses conséquences psychologiques chez la mère et l'enfant rend compte des effets négatifs de la césarienne (Odent, 2005 ; Lobel, De Luca, 2007).

Les femmes qui ont accouché par césarienne expriment moins de satisfaction par rapport à l'expérience de la naissance ; elles souffrent plus souvent de perte de confiance en soi ; elles ressentent une frustration du fait de la divergence entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité. L'insatisfaction se fonde sur la norme, qui considère l'accouchement par voie vaginale comme « l'accouchement normal » et favorise le sentiment de ne pas avoir vécu « correctement » un événement essentiel de leur vie de mère (Lobel, De Luca, 2007 ; Gustin, 2010). En Afrique, le geste chirurgical, qui permet de limiter la mortalité périnatale, est de plus en plus pratiqué sur le continent, sans être tout le temps médicalement justifié. Les femmes qui bénéficient d'un accouchement par césarienne ne sont pas toujours celles qui en auraient besoin. Ce qui est vrai à l'échelle de la planète l'est aussi en Afrique, même si cette zone géographique est celle où se pratique moins ce geste médical. En effet, (Dumont A. et al., 2020) établissent un panorama mondial de cette intervention chirurgicale qui prévient la mortalité néonatale et maternelle lorsqu'elle est pratiquée à bon escient. Le taux de césarienne varie de 1% à 58% dans le monde, il est particulièrement bas en 5% dans les pays peu développés d'Afrique subsaharienne comme le Mali (2%), le Nigéria (3%) et le Congo (5%). Ce qui place sans grande surprise l'Afrique comme le continent où l'on naît le moins souvent de cette manière. Au Burkina Faso, la sociologue Schantz Clémence et l'épidémiologue Charles Kaboré (2020) ont montré que 24% des césariennes réalisées dans les hôpitaux où le geste est gratuit n'étaient pas médicalement justifiées. Cette pratique abusive est plus fréquente dans les villes, lorsqu'elle est réalisée par du personnel peu qualifié, et parmi les femmes issues des catégories sociales les plus favorisées.

L'analyse des paradigmes abordés par les auteurs sur les représentations sociales associées à la césarienne et attitudes

thérapeutiques chez les gestantes en milieu rural ivoirien ont essayé d'apporter des éléments de réponse sur la construction de la représentation sociale des gestantes au regard de l'accouchement césarien et leurs familles dans le processus obstétrical, des facteurs de l'observance ou non des prescriptions médicales en voie obstétricale. Cependant, les écrits antérieurs, même s'ils se rapprochent à cette étude laissent de côté le champ sociologique. Ils se sont focalisés sur les aspects médical et psychologique. Ainsi, ces écrits scientifiques ne renseignent pas de façon sociologique sur le comportement des acteurs concernés à savoir sur la perception différenciée de la césarienne. En d'autres termes, les facteurs qui motivent ou démotivent à l'accouchement par césarienne. La documentation scientifique dont nous avons eu accès au cours de ces investigations ne nous instruit pas sur les perceptions et les représentations sociales et leurs proches à s'engager ou à opérer une option de soins dans le cadre de leur maternité. Les réseaux de sociabilité permettent à l'individu d'avoir nombre de connaissances sur la césarienne selon les expériences vécues antérieures par chacune. Ainsi, la personne qui développe fait partie intégrante d'un groupe social, d'une communauté et d'une société, régie par une histoire et une culture thérapeutique qui lui est propre. De ce fait, l'accouchement par césarienne est un fait social. A cet effet, la période allant de la grossesse à l'accouchement est un processus collectif indépendant de la personne césarisée ou en voie de césarienne.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La littérature scientifique comprend de nombreux travaux mettant en évidence des normes de jugement qui bénéficient d'une valeur sociale particulière (Cialdini, Wosinska, Barrett, Butner & Gornik-Durose, 1999 ; Cialdini, 2009). Ces dernières s'expriment à travers l'adhésion des normes sociales de jugement portant sur la valeur sociale accordée à des préférences pour des attitudes et/ou des croyances particulières (Dubois, 2005). Considérer le concept de norme sociale comme le facteur explicatif majeur du fonctionnement social et des jugements sociaux ne constitue pas un abus (Durkheim, 1897, Sherif, 1935, Krebs, 1970 ; Berkowitz, 1972, Opp, 1982 ; Reno & Kallgen, 1990, Cialdini & Trost, 1998, Boudon, Demeulenaere &

Viale, 2001 ; Cialdini Dubois, 1994, 2003 ; Dubois, 2003 ; Cialdini, 2004 ; Guimelli, 1994, 1999, 2003). Selon Abric (1987, 1994), une représentation sociale est un ensemble organisé et structuré d'éléments. Pour lui, « l'analyse d'une représentation, la compréhension de son fonctionnement nécessite donc obligatoirement un double repérage : celui de son contenu et celui de sa structure » (Abric, 1994, p. 19). Une représentation a un contenu : informations, opinions, croyances, attitudes, etc. (les éléments de la représentation). Toutefois, connaître ce contenu est insuffisant, dès lors que l'on n'a pas connaissance de sa structuration. En somme, une représentation sociale serait constituée d'un système central (appelé également « noyau central ») et d'un système périphérique, composés chacun des croyances du même nom. « Nous appelons élément central tout élément qui joue un rôle privilégié dans la représentation en ce sens que les autres éléments en dépendent directement car c'est par rapport à lui que se définissent leur PAGE 59 Revue électronique de Psychologie Sociale, 2007, N°1, pp. 55-64 poids et leur valeur pour le sujet » (Abric, 1987, p. 65). Qualifier de « central » un tel élément est alors justifié, puisque c'est en faisant référence à lui et aux autres éléments centraux que le reste du contenu de la représentation (les éléments périphériques) est défini et évalué. Même en ayant des représentations similaires au niveau de leurs contenus, deux groupes d'individus ont des représentations différentes dès lors qu'un seul élément central varie, est absent ou supplémentaire. Le système central constitue un « filtre » mental au travers duquel la réalité est perçue et jugée. Les mêmes informations ne sont ainsi pas reçues et comprises de la même façon par deux groupes d'individus n'ayant pas exactement le même système central (Les perceptions différenciées de la césarienne).

Au plan méthodologique, l'étude s'est réalisée à Didoko (Région Lôh Djiboua-Côte d'Ivoire). Elle s'est déroulée du 27 août 2023 au 5 septembre 2023 inclus auprès d'une catégorie d'acteurs. Le critère d'éligibilité du collègue d'infirmiers a été le statut des femmes césariées et de spécialistes obstétricaux. Cette étude a été essentiellement qualitative. Plusieurs techniques ont été mobilisées dans cette recherche afin d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et conformes à l'objet d'étude. A cet effet, nous avons opté pour deux modes de collectes des données : la recension documentaire

et les entretiens semi-directifs. Les données recueillies auprès des acteurs sus évoqués ont été analysées sous les prismes de la méthode dialectique¹ et de l'individualisme méthodologique de Karl Popper (1956).

2. Résultats et Discussion

2.1. Perception de la césarienne chez les acteurs

Les travaux de Odent et al., (2005) s'interrogent sur la grande prudence de l'accouchement par césarienne qui n'est pas anodine, l'énoncé de ses conséquences psychologiques chez la mère et l'enfant rend compte des effets négatifs de la césarienne. Ce propos illustre :

« Quand, j'ai été informé par le gynécologue pendant ma dernière visite prénatale, que je devrais accoucher par la césarienne, toute suite, j'ai pris peur à cause des complications qui pourraient arriver malgré le développement de la médecine moderne. Car, seuls les appareils ne garantissent pas la qualité de la médecine. Ce sont les hommes qui les utilisent. Et, l'erreur est humaine.

¹ Selon la dialectique, pour étudier totalement un phénomène social, il convient de prendre en compte quatre lois ou postulats : (i) La loi du mouvement, qui stipule que rien n'est immuable et que tout phénomène social est en mouvement. Ce postulat nous a permis dans le cadre de cette étude, d'appréhender l'organisation institutionnelle de la prise en charge obstétricale. (ii) La loi de l'interaction, qui observe que tout influe sur tout, tout est dans le tout, et qu'il faut toujours replacer les faits sociaux et leurs éléments dans leurs contextes. Cette loi nous a permis de comprendre la nature des conflits qui existent entre les spécialistes obstétricaux et les demandeurs de soins. (iii) La loi de la contradiction qui avance que le mouvement est déterminé par son dynamisme interne, mais s'engage sous l'effet des forces qui luttent en son sein, parce qu'il y a contradiction entre toute chose. L'objet de cette étude tel qu'il se présente relève plusieurs aspects : sociaux, économiques, idéologiques et culturels parfois contradictoires. De ce point de vue, saisir les contradictions entre la nécessité de l'approche thérapeutique ou clinique et les perceptions des acteurs des produits de la grossesse permet d'apprécier les différents enjeux associés au choix de l'itinéraire thérapeutique par les acteurs. (iv) La loi du bon qualitatif, qui dit que les phénomènes acquièrent dans leurs évolutions, des caractéristiques et des qualités qui n'ont rien avoir avec les circonstances ou les bases de départ. Ce postulat dialectique, nous a permis d'apprécier les actions des différents acteurs d'osciller entre l'accouchement par voix basse et par la césarienne. Pour conclure, la méthode dialectique a relevé les contradictions et les enjeux des acteurs dans le jeu de la construction des risques par l'option de l'accouchement par césarienne ou par voix basse. La combinaison de la méthode dialectique et de la théorie de Popper ont permis de comprendre les enjeux des acteurs par rapport à l'option de l'accouchement.

Autre chose, le lien d'affection et d'amour qui unit une mère à son enfant né par voix basse est différent lorsque l'enfant est né par césarienne. La douleur ressentie naturellement pendant l'accouchement par voix basse crée plus d'affection entre la mère et son enfant » (D. O, 37 ans, césarisée, Didoko, le 27 août 2023, 16 : 00).

Il ressort de ce propos que les femmes qui ont accouché par césarienne expriment moins de satisfaction par rapport à l'expérience de la naissance ; elles souffrent plus souvent de perte de confiance en soi ; elles ressentent une frustration du fait de la divergence entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité. L'insatisfaction se fonde sur la norme, qui considère l'accouchement par voie vaginale comme « l'accouchement normal » et favorise le sentiment de ne pas avoir vécu « correctement » un événement essentiel de leur vie de mère (Lobel, De Luca, 2007 ; Gustin, 2010).

Ces constats sont en adéquation avec les résultats des travaux de Lobel, De Luca (2007) mettant en avant les symptômes de stress, pré ou post opératoires, sont aussi plus fréquents à l'occasion des césariennes : angoisses de mort pour elle-même ou le bébé, peur de l'anesthésie, de la chirurgie. Le stress opératoire n'est pas différent de celui qui est observé lors d'autres interventions chirurgicales, mais la différence résulte de l'attitude de l'entourage, moins attentif et compatissant. Il focalise, en effet, son attention sur l'enfant et ne comprend pas la persistance d'angoisses une fois que ce dernier est né en bonne santé. Cependant, avec (Calderon Cabrera, 2006) une catégorie de femmes évalue positivement leur expérience : elles ont le sentiment que la césarienne a sauvé leur vie et/ou celle de leur enfant, qu'elle a mis un terme à un travail pénible et douloureux, qu'elle leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait, sans angoisse et/ou en s'organisant (Lobel, De Luca, idem). Cet argumentaire étaye :

« Grâce à la césarienne, j'ai pu m'en sortir pendant l'accouchement. J'aurais voulu accoucher par la voix normale (voix basse), mais, le médecin avait constaté des difficultés et que je pouvais avoir la vie sauve avec mon futur bébé que par l'accouchement par césarienne. Alors, l'option de la césarienne a été choisie. Par la grâce Dieu, tout s'est bien passé » (K. C, 36 ans, césarisée, Didoko, le 2 septembre 2023, 9 : 00).

L'insatisfaction de l'accouchement par césarienne résulte de l'interaction de multiples facteurs médicaux et socioculturels. Ces paramètres socioculturels ne sont pas tous compris aujourd'hui. Comprendre les paramètres socioculturels demeure complexe, car plusieurs facteurs interviennent. La césarienne est classée parmi les interventions chirurgicales majeures. Et quant à la préparation psychologique de la parturiente, tout dépend de la situation même de l'évolution de la grossesse et de l'état de santé de la parturiente mais surtout de la décision qui a poussé le spécialiste obstétricien à pouvoir passer par une césarienne. C'est dans cette optique qu'affirme :

« La césarienne est médicalement conseillée dans des cas spécifiques pour soit sauver la vie de la mère et de l'enfant. Une femme enceinte qui suit régulièrement ses visites prénatales (CPN), est située sur l'option de l'accouchement (Voix basse ou par césarienne), tout dépend soit des antécédents de santé ou de l'évolution du fœtus. Par ailleurs, il se trouve que le médecin obstétrical autorise l'accouchement par voix basse et le jour de l'accouchement, la femme n'a pas assez de force pour pousser et accoucher par voix basse. Dans ce cas de figure, on opte par la césarienne pour sauver les deux vies (la mère et l'enfant) (T. D, 39 ans, Agent de santé, le 4 septembre 2023, 15 : 20).

Certaines regrettent de ne pas avoir connu les douleurs de l'enfantement, valorisées en écho à l'injonction biblique intériorisée : « Tu enfanteras dans la douleur. » (Brugeilles, 1998). Cette insatisfaction renvoie à la place de la maternité dans la construction de l'identité féminine, articulée dans certains contextes à l'importance de l'accouchement dans la construction de l'identité maternelle. Les femmes qui manifestent une satisfaction psychologique de la césarienne l'expriment de manière variée. La conviction d'avoir eu accès à une médecine moderne valorisée (Lobel, De Luca, op cit), d'avoir préservé la qualité de la sexualité, la fierté de la souffrance, avec une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition des cicatrices (Calderon Cabrera, 2006) sont des exemples évoqués en Amérique latine. Aussi les travaux de (Lobel, De Luca, op cit ; Gustin, 2010) en viennent-ils à la conclusion qu'il n'y a pas d'effets confirmés de la césarienne sur les dépressions post-partum ou sur la relation mère

enfant. En somme, la corrélation entre les perceptions de la césarienne et amélioration de la santé de la reproduction n'est pas établie au-delà d'un certain seuil et le recours à la césarienne a parfois un effet négatif sur la santé somatique et psychologique.

2.2. Normes associées à la césarienne sur la fécondité

Les résultats des travaux de Lobel De Luca (2007) ont montré que l'expérience de la naissance peut conduire à refuser une nouvelle maternité. En effet, la césarienne permet au corps médical de suggérer voire d'imposer une stérilisation, mais aussi aux femmes de demander une intervention. Ce propos illustre :

« Certaines femmes demandent volontairement l'accouchement par césarienne. Les arguments avancés sont en outre, la douleur de l'accouchement par voie basse d'une part, d'autre part, elles préfèrent l'accouchement par voie haute(césarienne) pour éviter que leurs vagins s'élargissent. Pour certaines femmes, l'élargissement du vagin suite aux accouchements par voie basses sont là, des raisons à l'origine de la non satisfaction sexuelle de son partenaire et conduit très souvent à l'infidélité » (Y. G, 41 ans, Agent de santé, le 3 septembre 2023, 14 : 35).

Le propos de l'enquête met en exergue le caractère volontaire du sujet de consentir ou de donner son approbation à accoucher par césarienne. Cette position du sujet à consentir ou non à la pratique de la césarienne s'inscrit dans un rapport de pouvoir de disposer de son corps d'une part et d'autre part, ce positionnement du sujet face à un choix objectif d'accouchement s'inscrit dans une approche socioculturelle. Ce résultat de la présente étude corrobore avec ceux des travaux de Gautier Quesnel, (1993) qui indiquent que les normes biomédicales tendent à imposer aux femmes une stérilisation pour raisons médicales après plusieurs césariennes, souvent trois nouveaux accouchements. C'est dans cette dynamique que Brugueilles (2014) montre que les femmes qui ont accouché par césarienne lors de la naissance de leur premier enfant, ont une moindre probabilité de connaître des accouchements ultérieurs et sont stérilisées alors qu'elles ont moins d'enfants. L'hypothèse de ces normes biomédicales servent des objectifs néomalthusiens en particulier dans le cadre des politiques antinatalistes (Gautier, Quesnel,1993). Dans cette

perspective (Munoz Encisco et al., 2011) montre les effets du changement du cours de la vie reproductive par la césarienne par une augmentation des risques obstétricaux lors de leur prochaine grossesse en raison de la césarienne antérieure. Ce qui va restreindre la fécondité et faciliter l'adoption d'une méthode contraceptive définitive. Ces normes médicales en Bolivie sont instrumentalisées par les femmes et permettent de contourner les réticences des conjoints face à la planification familiale et d'imposer la contraception sous forme de la stérilisation au sein du couple (Calderon Cabrera, 2006).

Somme toute, la possibilité d'accoucher par césarienne est un progrès qu'elle permet de sauver des vies. Cependant, son recours très souvent abusif est parfois contre-productif par rapport à la mortalité et à la morbidité materno-infantile et ses conséquences sur la fécondité. En effet, l'atonie utérine chez les femmes est significativement plus fréquente dans cette situation comparée aux accouchements par voie basse.

2.3. La propension à réaliser une césarienne

La propension à réaliser une césarienne révèle de la variabilité de la définition du risque obstétrical (Leone, Padmadas, Matthews, 2008). L'âge des femmes est souvent considéré comme un facteur de risque, en République dominicaine au Mexique (Campero et al., 2004, 2007 ; Flores Padilla et al., 2008 ; Gonzalez-Perez et al., 2011), au Brésil (Diniz, Chachan, 2004). Le fait de mesurer moins d'un mètre cinquante en Colombie (Leone, Padmadas, Matthews, 2008), ou encore d'être en surpoids ou d'avoir eu une fausse-couche au Mexique (Gonzalez-Perez et al., 2011) entraîne aussi plus d'opérations. Comme l'indique cet agent de santé enquêté en ces termes :

« A partir de 35 ans et plus, les grossesses sont à risques et le risque de mortalité néonatale ou postnatale est énorme. Alors, l'option médicale appropriée serait la césarienne qui éviterait à la femme déjà fragilisée par le poids de l'âge de fournir encore d'énormes efforts pour accoucher. » (D. M, 50 ans, Agent de santé, le 6 septembre 2023, 17 : 35).

Par ricochet, l'OMS souligne que : « La césarienne pendant l'accouchement était un facteur associé au diagnostic d'hémorragie du postpartum. A cet effet, la césarienne est l'un des principaux facteurs associés au risque accru de morbidité maternelle sévère secondaire à

l'hémorragie postpartum. En revanche, la césarienne avant le travail était associée à un risque d'hémorragie deux fois inférieur à celui lié à la césarienne pendant le travail, et même inférieur à celui observé lors d'un accouchement par voie basse suite à un travail spontané » (OMS, 2010).

Ces constats empiriques concordent avec les résultats de Betrán et al. (2009) qui ont montré que le recours à la césarienne dépend de la définition des grossesses ou des populations à « risques obstétricaux » et de la réaction des équipes médicales face à certaines situations. À partir de l'enquête de l'OMS en Amérique latine, des chercheurs montrent que la propension à réaliser une césarienne est extrêmement variable selon les pays. Pour ce faire, les auteurs ont classé les femmes selon dix groupes, définis par Robson, qui combinent quatre caractéristiques obstétricales. Les quatre caractéristiques obstétricales sont définies ainsi : la catégorie de la grossesse, l'histoire obstétrique, le déroulement de la grossesse, la gestation. Ils observent une grande variabilité des taux de césarienne, selon les pays, dans les différents groupes. La proportion de césariennes passe, par exemple, du simple à plus du double pour le groupe « Nullipare, présentation céphalique, travail spontané, au moins 37 semaines de gestation ». Elle est de 14 % au Brésil et de 37 % en Équateur. Les variations sont moindres au sein des groupes pour lesquels la légitimité de la prescription semble moins discutable. Les taux de césarienne « des multipares avec une présentation en siège, avec ou sans cicatrice sur l'utérus » varient ainsi de 78 % au Pérou à 87 % en Argentine (Betrán et al., 2009). Des études nationales entreprises par Leone, Padmadas, Matthews (2008) révèlent aussi la variabilité de la définition du risque obstétrical.

Il existe incontestablement des différences dans la propension à recourir à l'intervention dans une situation donnée, face à un profil de population. Elles expliquent en partie les écarts des taux de césarienne et soulignent la relativité des prescriptions.

Face à cela, une césarienne décidée urgemment sera tout à fait différente de celle élective préconisée depuis un temps sur le plan de la préparation psychologique de la parturiente. Dans ce dernier cas, une parturiente ayant suivi très bien ses consultations prénatales et chez qui le médecin obstétricien préconise déjà un accouchement par voie haute sera en mesure elle-même de comprendre un certain nombre des choses par rapport à son état de grossesse car le médecin

aura à lui expliquer pourquoi il faudra pour elle une césarienne, comment ça se passe, les risques qu'elle court ainsi que les avantages. Mais pour une parturiente qu'on amène en urgence, c'est vraiment délicat mais si elle est consciente un petit mot pour faire comprendre pourquoi cet état des choses est très important et pour la parturiente et pour sa famille.

La césarienne est très souvent perçue par les femmes et par les praticiens obstétriciens, comme étant la voie d'accouchement plus sûre que la voie basse. Ce résultat confirme les résultats de Brugeilles (2014) qui soulignent que la possibilité de recourir à un certain nombre de techniques médicales, telle que l'accouchement par césarienne, est souvent associée à l'amélioration de la santé de la reproduction et, par là même, au respect des droits reproductifs. On pourrait donc se féliciter de la progression de l'accouchement par césarienne qui, pratiqué dans les années 1950-1960, a ensuite progressé de façon spectaculaire dans certains contextes².

Cependant, la présente investigation n'a pas présenté de données sur la morbidité intrinsèque de la césarienne comparée à l'accouchement par voie vaginale. La morbidité de l'accouchement par césarienne pendant le travail comparé à celle de l'accouchement par voie basse n'a pas été mis en évidence par les résultats de la présente étude. Cette étude a montré que la césarienne est une intervention qui bénéficie essentiellement aux femmes à moins de risque de morbidité obstétricale. En revanche, lorsqu'elle est utilisée d'une manière excessive dans une population à bas risque, la morbidité maternelle et périnatale associée à l'acte chirurgical masque les bénéfices attendus. La césarienne devrait donc être effectuée lorsqu'un avantage évident est attendu et réduire la morbidité maternelle associée à la césarienne. Ces résultats concordants, provenant de contextes variés et de

² Brugeilles, C. (2014), *Décrire la progression du recours à la césarienne n'est pas aisé jusqu'au milieu des années 2000. Depuis 2006, le taux de césarienne figure dans le rapport statistique annuel sur la santé de l'OMS. Les données alimentant ces rapports ont été compilées à partir de différentes sources : des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), des données produites par les instituts de statistiques nationales à partir de sources nationales, enquêtes sanitaires et économiques notamment, et par des ministères de la santé. Un large travail de validation des données a été réalisé [Holtz, Stanton, 2007]. Les connaissances sur la césarienne sont aussi alimentées par un vaste programme d'enquêtes sur la santé materno-infantile organisé par l'OMS : « Global survey on maternal and perinatal health » dans 54 pays. Elle a été réalisée en Amérique latine et en Afrique en 2004-2005, puis en Asie en 2007-2008. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2014-2-page-143.htm>, Consulté le 20 septembre 2023 à 9 :46*

différentes enquêtes, attestent que l'excès de risque est réel en cas de césarienne.

Conclusion

L'exploration sur les aires rurales de Didoko (Région Loh Djiboua), relèvent que, la demande maternelle qu'elle soit tacite ou explicite, occulte une angoisse maternelle. Les acteurs sont face à l'incertitude et malgré la sécurité de la chirurgie obstétricale, grâce aux progrès de l'anesthésie, la réanimation, l'antibiothérapie, et des progrès en matière d'anatomie, la césarienne n'est pas une intervention sans gravité. Cela dit, la peur de la césarienne s'accompagne très souvent d'une sensation de crainte de l'anesthésie, la crainte de passer à côté de la naissance du nouveau-né ou encore d'être exclue du "groupe des accouchées". Sous ce rapport, les perceptions de la chirurgie obstétricale reflètent les changements culturels et sociétaux par rapport aux générations. La question de la santé reproductive est appréhendée ici dans le cadre d'une sociologie de la santé reproductive en référence aux logiques sociales hétérogènes des différents acteurs de la santé. Elle permet une mise en adéquation mécanique des moyens techniques et humains dans un espace social et culturel sous analysé. La question de santé reproductive fait abstraction de la complexité des rapports sociaux qui avant tout sont des rapports de pouvoir dans la famille et des institutions de santé.

Bibliographie

Abric Jean-Claude (1994), *L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique*. Dans : Guimelli, C. (Ed). *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris, Delachaux et Niestlé, pp. 73-84.

Abric Jean-Claude (1994), *Les représentations sociales : aspects théoriques*. Dans : Abric J.C. (Ed). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, pp. 12-35.

Abric Jean-Claude (1994), *Méthodologie de recueil des représentations sociales*, Dans : Abric J.C. (Ed). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, pp. 59-82.

Ana Pilar Betrán & al. (2009), *Enquête mondiale de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale en Amérique latine : Classification des césariennes*. <https://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-6-18>.

Brugeilles Carole (2014), *L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?* <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2014-2-page-143.htm>

Durkheim Émile (1897), *Le suicide. Étude de sociologie*, http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide.html

Enquête Démographique et de Santé (2021), *Indicateurs clés*, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf>

Gautier Arlette & Quesnel André (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au yucatan (Mexique)*, <https://media.electre-ng.com/extraits/extrait-id/a210cf2e7fcad2fa7c5012bf550e01c97e48f7687e0b307734b8c630b5fae3f1.pdf>

Guimelli Christian (1994), *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris, Delachaux et Niestlé, pp. 73-84.

Guimelli Christian (1999), *La pensée sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.

Guimelli Christian (2003), *Le modèle des schèmes cognitifs de base (SCB). Méthode et applications*. In J.-C.

Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 119-146), Ramonville Saint-Agne : Erès

Karl Popper (1956), *Problèmes des sciences sociales*, <https://books.openedition.org/editionsulm/7082?lang=fr>

Karl Popper (1975), *Histoire des sciences*, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, n° 5, sept.-oct., p. 1105-1122. <https://books.openedition.org/pufc/13818?lang=fr>

Karl Popper (1956), *Misère de l'historicisme* (ROUSSEAU Hervé, Trad.), Paris, Pion. (Original publié en 1944).

Marci Lobel & Robyn Stein DeLuca(2007), *Séquelles psychosociales de l'accouchement par césarienne : revue et analyse de leurs causes et implications*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17395349/>

Michel-Bechet Jacques (2013), *Le critère de démarcation de Karl R. Popper et son applicabilité*, <https://theses.hal.science/tel-00835315/document>

Moscovici Serge (1989), *Des représentations collectives aux représentations sociales*. Dans : Jodelet, D. (Ed) *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 2ème édition 1991, pp. 62-85.

Muñoz-Enciso José Manuel & al. (2011), *Césarienne : justification ou inquiétude justifiée ?*
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Muo%20B1oz-Enciso+JM&cauthor_id=21966786

Odent Michel (2005), *Césarienne : questions, effets, enjeux, alerte face à la banalisation. Le souffle d'Or, barrer-sur-Méouge*, 183p.
<https://core.ac.uk/download/pdf/20662612.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2010), *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year : overuse as a barrier to universal coverage*, <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>.

Schantz Clémence & Kabore Charles (2020), *Afrique-accouchements par césarienne : un phénomène qui progresse ... au risque de déraiper*, <https://billetdujour.com/index.php/afrique-accouchements-par-cesarienne-un-phenomene-qui-progresse-au-risque-de-deraper/>

Tiziana Leone, Sabu **Shealy**, Padmadas Zoë Matthews (2008), *Facteurs communautaires affectant la hausse des taux de césarienne dans les pays en développement : une analyse de six pays*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608003304>.

Yasuda Alexandre & al. (2004), *The Medial Wall of the Cavernous Sinus : Microsurgical Anatomy*, https://journals.lww.com/neurosurgery/abstract/2004/07000/the_medial_wall_of_the_cavernous_sinus_.25.aspx