

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 120 (2022)
Heft: 12

Artikel: La césarienne douce, une nouvelle approche de la césarienne
Autor: Valla, Christian / Rey, Jeanne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1033381>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La césarienne douce, une nouvelle approche de la césarienne

Dans cet entretien, Christian Valla, gynécologue obstétricien à l'Hôpital Riviera Chablais (HRC), témoigne de la mise en place en 2017 de la césarienne dite «douce» à l'HRC. Il décrit comment l'accompagnement de la naissance en cas de césarienne peut rester au plus près de l'humain, même dans un environnement ultra médicalisé, et quels en sont les avantages.

PROPOS RECUEILLIS PAR JEANNE REY

Obstetrica: Comment est née cette idée de «césarienne douce»?

Christian Valla: Lors des césariennes, j'ai toujours trouvé regrettable que l'on ramène le nouveau-né tardivement à la patiente qui reste peu de temps avec lui. Quand j'étais en pédopsychiatrie, nous avons entrepris une étude sur le regard et l'interaction du nouveau-né avec sa mère. Il en était ressorti que le nouveau-né recherche sa mère. On a remarqué également que plus le pédiatre est jeune dans sa pratique, plus le contrôle à la naissance est long tandis qu'un sénior ramène très rapidement le nouveau-né à sa mère pour autant que son évolution est favorable. L'idée centrale de la césarienne douce s'appuie donc sur l'installation rapide du nouveau-né sur sa mère.

Le projet a-t-il été simple à mettre en place?

Dans la mesure où il existait à l'Hôpital Riviera Chablais (HRC) une bonne collaboration interprofessionnelle, notamment avec les sage-femmes, les pédiatres, le bloc opératoire et les anesthésistes, tous ont immédiatement adhéré au projet. Cela a quand même pris du temps entre la conceptualisation dès 2015 et la première césarienne

douce en octobre 2016. Le projet a été présenté à la Direction Générale qui nous a soutenus.

L'équipe des médecins-cadres, avec la Dre Christiane Wirtz et le Dr Alexandre Farin, a également adhéré et fait évoluer le projet.

L'idée centrale de la césarienne douce s'appuie sur l'installation rapide du nouveau-né sur sa mère.

Alexandre Farin s'est d'ailleurs rendu à l'hôpital Erasme à Bruxelles qui avait une approche similaire et a pu en rapporter des idées pour enrichir le concept.

Pourquoi le terme de «césarienne douce»?

Il fallait bien marquer un repère pour cette nouvelle manière de faire. Le groupe de projet du service d'obstétrique s'est penché sur



Photographies: Christian Valla



la question et a opté pour ce qualificatif, bien que «mielleux» et provocateur. Mais cela ne signifie pas que la césarienne classique est «dure» et d'ailleurs, la façon de procéder de l'ensemble de nos collègues en Suisse est globalement humaine et attentionnée envers les patientes. Il ne s'agit pas de faire le procès de la césarienne classique qui garde ses indications notamment dans l'extrême urgence. L'idée est d'améliorer le vécu des couples et de leurs enfants en gardant les principes de sécurité nécessaires à la chirurgie. Ailleurs, elle est appelée «césarienne physiologique» ou «césarienne naturelle», mais nous pensons que ces termes relèvent plutôt de l'accouchement par voie basse.

Nous avons également pensé l'appeler «césarienne participative» pour insister sur le fait que le couple a une part active mais le terme est compliqué, ne comprend pas toute l'approche et peut être difficile à dire pour les patientes. Entretemps les notions de violences obstétricales ont émergé et les patientes réclament de plus en plus de «douceur» voire de contrôle pour ce qui concerne leur accouchement.

Quels en sont les principes?

Il faut préciser d'emblée qu'à tout moment, notamment en cas de complications, on peut interrompre la procédure et reprendre le schéma classique de l'intervention. Les couples ont également le choix des options proposées.

- Le couple arrive à pied au bloc opératoire (et non pas dans un lit comme un malade);

Il ne s'agit pas de faire le procès de la césarienne classique qui garde ses indications notamment dans l'extrême urgence. L'idée est d'améliorer le vécu des couples et de leurs enfants en gardant les principes de sécurité nécessaires à la chirurgie.

- La personne accompagnante est présente lors de la réalisation de la rachianesthésie (mais tous les anesthésistes ne sont pas d'accord);
- Le couple peut, s'il le souhaite, amener une liste de lecture de son choix pour avoir la musique qu'il apprécie;
- La lumière est tamisée pour favoriser une ambiance intime comme en salle d'accouchement. On demande le silence, on évite d'utiliser l'aspiration pendant l'opération à cause du bruit;
- Le champ opératoire (la barrière) entre site d'intervention et anesthésie est installé moins haut afin de garder une communication avec la patiente qui peut être informée de la progression de l'intervention si elle le désire. (Les détracteurs relèvent que ce champ placé plus bas ne respecte pas les principes de l'asepsie chirurgicale, mais c'est oublier que la zone non stérile la plus proche du champ opératoire, c'est la tête de l'opérateur qui, plus est, se trouve au-dessus de la plaie opératoire.)

- Au moment de la naissance, on détourne les scialytiques et on relève la tête de la patiente qui, si elle en a émis le souhait, peut voir la naissance. Elle ne voit pas la plaie opératoire du fait du volume de son ventre et de la zone d'incision;
- On fait pousser la patiente et il est étonnant de voir que, dans bon nombre de cas, ces poussées sont quelque peu efficaces (les détracteurs oublient que bon nombre de fois, quand les patientes vomissent ou toussent, on doit s'arrêter d'opérer car elles poussent alors leurs intestins vers l'endroit où on opère).

Après la naissance de la tête, on temporise pour permettre une bonne adaptation. Très souvent, il existe une contraction utérine renforcée par les poussées de la patiente et on voit du liquide amniotique sourdre des narines et de la bouche. On continue avec les poussées actives pour la sortie des épaules. Si on appuie sur l'abdomen pour faciliter la naissance, on prévient la patiente. On essuie régulièrement le nouveau-né pour éviter toute hypothermie, on l'accueille en lui

parlant (photos p. 59 et ci-dessous). Après un temps d'attente, selon la même procédure que le clampage retardé du cordon lors de l'accouchement par voie basse, la personne accompagnante ou la patiente peuvent couper le cordon si ce dernier est assez long. Après tergiversations, nous avons opté pour donner directement les ciseaux sans fournir gants, manches stériles ou blouses stériles à une personne non formée aux principes d'asepsie. On contrôle les gestes effectués par cette dernière et si nécessaire, on remet un champ stérile.

Le nouveau-né est remis à la sage-femme ou la nurse qui l'amène à sa mère pour un peau-à-peau immédiat. On connaît l'importance de ce premier contact pour le lien mère-enfant et pour limiter le stress de la chirurgie (photo ci-dessous).

On continue alors l'intervention selon les principes habituels en gardant le champ abaissé pour pouvoir communiquer avec la patiente.

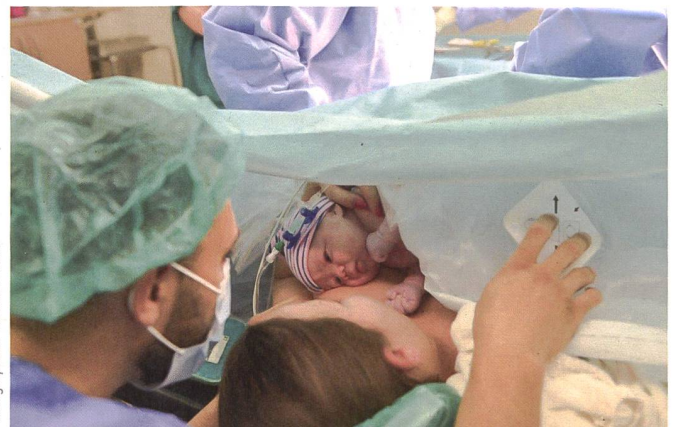
Où est surveillée la mère pendant les deux heures après la césarienne?

C'est un écueil que nous arriverons à surmonter probablement avec une surveillance en salle d'accouchement. Pour le moment, il existe un espace dédié aux couples avec leur nouveau-né en salle de réveil. Lors de la garde, la patiente est avec les autres opérés du moment.

Quels sont les résultats?

Les patientes évoquent une expérience positive, «un doux moment». Celles qui ont vécu césarienne classique et césarienne

Il faut une bonne collaboration avec l'ensemble des équipes et une bonne disponibilité des nurses ou sage-femme qui surveillent les nouveau-nés sur leurs mères.



Photographies: Christian Valla

douce expliquent que même si leur première expérience était bonne, le vécu de la césarienne douce est encore meilleur. Indépendamment des progrès de l'anesthésie, nous avons remarqué que les patientes ont nettement moins de manifestations douloureuses et moins de vomissements lorsqu'elles sont en présence du nouveau-né. L'impression est également celle d'avoir moins de détresse respiratoire chez le nouveau-né.

Quels sont les écueils et exigences de ce type de procédure?

Il faut une bonne collaboration avec l'ensemble des équipes et une bonne disponibilité des nurses ou sage-femme qui surveillent les nouveau-nés sur leurs mères. L'autre exigence est celle de l'expérience technique de l'opérateur, qui doit avoir la faculté de communiquer avec la patiente avec un ton rassurant et de reconnaître la bonne adaptation du nouveau-né. Il faut donc une bonne dextérité chirurgicale avec une aisance qui permet de dialoguer avec la parturiente et cela, sans la mettre en danger.

Il n'y a pas besoin de multiples études scientifiques pour comprendre que la meilleure place du nouveau-né est d'être sur sa mère qui l'a porté pendant 40 semaines et qui, parfois, doit attendre, d'interminables minutes ou heures pour le revoir. En termes plus émotionnels, la place du bébé est sur sa maman. C'est le meilleur des accueils qu'on peut lui donner. Finalement, l'idée est de permettre à la patiente un contact immédiat avec son enfant et sa/son partenaire. Adoucir le geste de la césarienne permet d'adoucir l'arrivée du nouveau-né, limiter le stress lié à la chirurgie et rendre autant que possible la patiente actrice de son accouchement. ◉

ENTRETIEN AVEC



Dr Christian Valla,
médecin Chef, Hôpital Riviera Chablais Vaud Valais.



Pour une humanisation de la naissance chirurgicale

Selon l'OMS, le taux optimal de césariennes permettant d'éviter des complications pour la mère ou son enfant serait entre 10 et 15% (Lancet, 1985). Cependant, ce taux ne cesse d'augmenter et est aujourd'hui de 32,5% en Suisse, atteignant même des valeurs supérieures à 37% dans certaines régions (Office fédéral de la statistique, 2021). Les complications des césariennes sont bien connues. Elles incluent par exemple pour la mère des risques augmentés d'hémorragie, d'infection, d'événements thrombo-emboliques et lors des grossesses suivantes, de rupture utérine, de placenta praevia, de placenta accreta, de fausses-couches et de morts in utero. Concernant le nouveau-né, des données récentes montrent une augmentation de la morbidité respiratoire à court terme, de l'asthme à long terme ou même de l'obésité. Par ailleurs, les femmes rapportent plus fréquemment une expérience négative de l'accouchement et allaiteront moins souvent.

La diminution du taux de césarienne et de son impact sur la santé maternofoetale est donc une urgence. Tout effort pour tenter de maîtriser le taux de césariennes est crucial.

La *natural C-section*, encore appelée *humanised C-section*, «happy césar» ou «césarienne douce» en français a été décrite pour la première fois en 2008 par Smith *et al* (Smith *et al*, 2008), et c'est sur la base de cette description qu'elle est a été mise en place à l'hôpital Riviera Chablais (HRC) après l'avoir observée auprès de la Pre Daelemans en Belgique, puis par la suite dans plusieurs maternités romandes. La césarienne douce est une adaptation de la prise en charge pour favoriser une expérience positive de la naissance lorsqu'une césarienne est médicalement indiquée. Elle permet aux parents de vivre l'expérience de la naissance de leur enfant.

Depuis 2022, une étude socio-anthropologique dirigée par Pre Irène Maffi sur l'expérience des parents de la naissance chirurgicale a débuté à l'HRC¹. Après plus de 150 entretiens, les résultats intermédiaires tendent à montrer que la césarienne douce améliore significativement l'expérience des parents.

La comparaison des différents indicateurs actuellement collectés à l'HRC (taux d'infections du site opératoire et d'hémorragies, score d'APGAR, pourcentage d'acidose, temps opératoire) avant et après introduction de cette approche devraient permettre de nous rassurer sur le fait que la césarienne douce est une procédure équivalente en termes de risques médicaux à une césarienne standard. Elle ouvre cependant la voie à une humanisation de la naissance chirurgicale.

Dr Alexandre Farin (Hôpital Riviera Chablais), Dre Caroline Daelemans (Hôpitaux universitaires de Genève) et Pre Irène Maffi (Université de Lausanne)

Références

s. a. (1985) Appropriate technology for birth. *Lancet*; 2(8452):436-7.

Office fédéral de la statistique (2021) Taux de césariennes. www.bfs.admin.ch

Smith, J., Plaet, F. & Fisk, N. (2008) The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*; 115:1037-1042.

¹ «Le vécu des parents de la naissance chirurgicale: une étude socio-anthropologique de la culture de la césarienne en Suisse», projet financé par le Fond national suisse de la recherche scientifique (10001A_197393) qui a débuté en novembre 2020 et se terminera en octobre 2024.