

[ONLINE, 24.01.2020](#)

À l'Hôpital Riviera Chablais, pionnier de la césarienne douce

Lorène Mesot

Kevin a deux jours et quelques cheveux duveteux sur le sommet du crâne. Le nourrisson est né par césarienne, mais selon une méthode originale, encore inédite en Suisse: la césarienne douce, aussi appelée césarienne participative. Initiée à l'Hôpital Riviera Chablais (HRC) il y a près de deux ans, elle vise à replacer la notion de naissance devant celle d'acte chirurgical. Reportage.

Pourquoi c'est intéressant

Cette approche vise à permettre à la mère de retrouver un pouvoir décisionnel lors de l'accouchement. Contrairement à une césarienne classique, la mère peut choisir de pousser malgré l'anesthésie, assister à la sortie du bébé et le porter en peau-à-peau immédiatement. Cette démarche sera présentée le 4 février à la Haute école de santé de Genève dans le cadre d'une rencontre autour de la périnatalité.

Une approche venue d'Angleterre

L'équipe de l'HRC s'est intéressée à la césarienne douce après avoir pris connaissance d'une étude britannique sur le sujet. Des praticiens de l'hôpital Queen Charlotte's & Chelsea de Londres y décrivent une technique, baptisée «natural caesarean», qui améliore considérablement la satisfaction des couples à l'accouchement sans péjorer la prise en charge médicale de la césarienne.

La césarienne douce est une approche qui ne diffère pas de la césarienne classique dans la technique chirurgicale, mais qui introduit une philosophie très différente dans la façon de prendre en charge la mère et l'enfant. L'objectif est de reproduire, autant que possible, les conditions d'un accouchement par voie basse.

Témoignage

Après un premier accouchement par voie basse très compliqué et plusieurs fausses couches, Nadia appréhendait son accouchement. Deux jours après avoir donné naissance par césarienne douce à l'HRC, elle raconte:

«Je devais accoucher dans cette maternité. J'ai vu sur internet que l'hôpital proposait ce type de césarienne. J'ai été tout de suite intéressée. Je ne pensais pas que les hôpitaux étaient autorisés à faire ça. J'ai choisi une césarienne douce pour pouvoir voir la naissance. Je n'étais jamais rentrée dans une salle d'opération, je découvrais tout en même temps. Tout a été très vite, cela a duré peut-être 10 minutes après l'arrivée du chirurgien. C'était un bébé très attendu, j'avais très peur que l'accouchement ne se déroule pas bien. Quand le Dr Farin a baissé le champ, j'ai été très émue. J'ai vu la tête du bébé sortir. Mon premier accouchement par voie basse a été tellement si douloureux que je n'ai pas de souvenirs précis de l'expulsion. Maintenant, je vais pouvoir garder ce souvenir, c'est incroyable. C'est un peu comme un accouchement normal, mais là j'étais plus consciente. Je me faisais du souci avec tout ce qu'on lit sur internet. Mais je ne regrette rien, c'était magnifique.»

Les différences avec la césarienne classique.

- La patiente rejoint le bloc opératoire à pieds, la lumière est tamisée, et le couple peut choisir de mettre de la musique.

- Le champ opératoire est placé à mi-hauteur durant la première partie de l'opération afin que la mère ait toujours un visuel sur le visage de l'obstétricien. Une fois l'utérus incisé, si la mère le souhaite et si l'obstétricien est sûr de pouvoir sortir le bébé sans risque, le champ opératoire est complètement abaissé, pour que les parents puissent assister à la naissance.
- La maman peut décider de pousser en dépit de l'anesthésie rachidienne.
- Une fois que la tête du bébé est à l'air libre, le nourrisson reste positionné ainsi, le corps à l'intérieur de l'utérus et la tête à l'air libre, le temps qu'il s'auto-réanime. La sortie du corps se poursuit quand le bébé est éveillé.
- Une fois le bébé entièrement à l'air libre, l'obstétricien tourne l'enfant vers le couple afin qu'il découvre lui-même le sexe du nourrisson.
- Si le bébé se porte bien, il est déposé en peau-à-peau sur la poitrine de la mère, sans passer par la table de réanimation.
- La mère et le bébé restent ensemble en salle de réveil sous la surveillance d'une sage-femme.

«Il ne faut pas considérer une césarienne comme l'ablation d'un cancer»

Une révolution des pratiques

À l'HRC, le changement a demandé d'intenses heures de discussions avec les pédiatres, les anesthésistes et tout le personnel du bloc opératoire. L'univers utilitaire et stérile d'une salle d'opération laisse en effet peu de place à une approche centrée sur la naissance.

Alexandre Farin, médecin-chef de l'unité d'obstétrique de l'HRC, fait partie de l'équipe ayant introduit cette approche en Suisse:

«Ce qui a été difficile à faire accepter, c'est de dire que oui, nous respectons toutes les règles de sécurité du bloc opératoire, mais qu'il ne faut pas considérer une césarienne comme l'ablation d'un cancer. Nous sommes en train de faire naître un petit bonhomme avec des parents qui attendent ça depuis neuf mois et qui sont dans un environnement hyper hostile pour eux. Nous n'essayons pas juste de mettre du rose sur une opération.»

Les résistances médicales

D'un point de vue médical, le fait d'abaisser le champ stérile a provoqué d'importantes interrogations au sein de l'équipe du bloc. Lors d'une césarienne classique, le champ opératoire est remonté très haut afin de faire barrière aux bactéries présentes notamment sur le visage de la mère. Pourtant, les obstétriciens de HRC, tout comme l'équipe du Queen Charlotte's, n'ont observé aucune hausse des infections.

Les pédiatres ont également eu, de prime abord, des doutes sur la possibilité d'évaluer correctement l'état de santé du nouveau-né en étant à distance, sans mettre les bébés sur la table de réanimation. L'approche a néanmoins fini par faire l'unanimité notamment au vu des avantages concrets du peau-à-peau immédiat:

- l'augmentation de la stabilité cardio-vasculaire du bébé,
- l'amélioration de sa thermorégulation et de l'allaitement,
- ou encore la diminution du taux de dépression post-partum chez les mères, du temps de délivrance placentaire ou de la consommation d'antalgiques maternelle.

Le pouvoir décisionnel des futures mamans

En amont de la procédure, l'obstétricien demande à la mère si elle veut pousser et assister à la naissance. Ces deux questions, qui sont de nouveau posées durant l'accouchement, constituent un point central de la démarche. Le Dr Alexandre Farin:

«C'est une des réponses aux violences obstétricales que nous pouvons proposer. Donner un pouvoir décisionnel à la femme plutôt que décider pour elle. Je vois beaucoup de patientes qui ont été traumatisées, et en discutant je me rends compte que ce n'est pas à cause des actes médicaux en soi, mais d'un manque crucial d'explications et du sentiment de subir son accouchement. Nous avons un énorme travail à faire. Dans le cas des césariennes, nous devons toujours nous rappeler que même si c'est la millième pour nous, pour la patiente, c'est peut-être l'unique naissance qu'elle aura.»

Les résultats

Il aura fallu près d'une année pour que la césarienne douce devienne la norme à l'HRC. Depuis quelque temps, la maternité accueille même des femmes venues spécialement pour cette approche. En deux ans, environ 200 césariennes douces ont été pratiquées entre les murs de l'hôpital. D'après l'équipe de gynécologie-obstétrique, ce changement se traduit par une nette amélioration du vécu des couples de la césarienne, sans contrepartie médicale apparente.

Les femmes concernées

Selon ses partisans, la césarienne douce ne devrait jamais s'imposer comme le premier choix. Cette approche concerne les femmes ayant une indication stricte de césarienne. Alexandre Farin :

«Il n'y a pas de promotion de la césarienne. La meilleure voie d'accouchement reste la voie basse, nous y travaillons en essayant d'informer au maximum les futures mamans.»

Un pari réussi pour l'hôpital, qui réalise environ 23% de ses 2000 accouchements annuels par césarienne, quand la moyenne nationale se situe autour de 32% (en 2017).

Les perspectives suisses

La maternité de Morges a emboîté le pas à l'HRC. Fadhil Belhia, médecin chef en gynécologie-obstétrique à la clinique de Morges :

«Nous sommes en train de mettre ce type d'approche en place. Nous venons d'avoir les premiers cas. Nous voulons d'abord être certain que tous les processus fonctionnent bien. Nous le faisons car le vécu pour les parents et pour le bébé est meilleur. L'adaptation du bébé est nettement améliorée grâce au peau-à-peau immédiat.»

Le Dr Alexandre Farin espère que la conférence du 4 février prochain à la Haute école de santé de Genève éveillera l'intérêt d'autres structures en Suisse romande. L'équipe du HRC envisage aussi de publier les données récoltées ces deux dernières années.