

Césarienne ou accouchement par voie basse chez les femmes enceintes à faible risque ? Un outil pour éclairer les femmes sur les avantages et inconvénients de chaque mode d'accouchements au Burkina Faso.

**Charles KABORE^{1*}, Simon TIENDREBEOGO¹,
Fadima YAYA BOCOUM¹.**

Résumé

Introduction : Le recours accru à la césarienne touche également les pays à faible ou moyen revenu et est susceptible de contribuer à l'aggravation des issues maternelles et périnatales. Outre les pratiques cliniques inappropriées pendant le travail, des facteurs non cliniques tels que la peur et l'incertitude des femmes concernant l'accouchement par voie vaginale et le manque d'autonomie dans la prise de décision sont apparus comme des déterminants potentiels du recours excessif à la césarienne et doivent être pris en compte pour s'attaquer efficacement à ce problème croissant. Ce travail vise à promouvoir la mise en œuvre d'un outil d'aide à la décision (OAD) pour éclairer les femmes enceintes sur les modes d'accouchement au Burkina Faso.

Méthodes : L'OAD s'adresse aux femmes enceintes considérées comme étant à faible risque de césarienne. Nous avons mené des entretiens individuels et des discussions de groupes avec des informateurs clés afin de déterminer les besoins en information pour la prise de décision et pour évaluer l'acceptabilité de l'OAD dans 8 hôpitaux du Burkina Faso.

Résultats : L'OAD satisfait à la plupart des normes d'aide à la décision pour les patients et comprend des informations factuelles sur les risques et les avantages de chaque mode d'accouchement. Il aide également les femmes à clarifier leurs valeurs personnelles. Il a été bien accepté par les femmes et les professionnels de santé.

Conclusion : L'OAD est un instrument simple pour améliorer la communication et faciliter la prise de décision éclairée et consensuelle sur le mode d'accouchement planifié.

Mots clefs : Femme à faible risque de césarienne, Accouchement, Césarienne, Aide à la décision, Burkina Faso.

Caesarean section or vaginal delivery for low-risk pregnancy? A Decision-making tool for women in Burkina Faso.

¹ Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST)

*Auteur correspondant : Charles KABORE, kaborewendyam@yahoo.fr

Abstract

Introduction

The increased use of cesarean section also affects low- and middle-income countries and is likely to contribute to worsening maternal and perinatal outcomes. In addition to inappropriate clinical practices during labor, non-clinical factors such as women's fear and uncertainty regarding vaginal delivery and lack of autonomy in decision-making have emerged as potential determinants of overreliance to cesarean section and must be taken into account to effectively address this growing problem. This work aims to promote the implementation of a decision support tool (DST) to inform pregnant women about delivery methods in Burkina Faso.

Methods

The DST is aimed at pregnant women considered to be at low risk of cesarean section. We conducted individual interviews and focus group discussions with key informants to determine information needs for decision-making and to assess the acceptability of OAD in 8 hospitals in Burkina Faso.

Results:

The DST meets most standards for patient decision support and includes factual information about the risks and benefits of each mode of delivery. It also helps women clarify their personal values. It has been well accepted by women and healthcare professionals.

Conclusion: The DST is a simple instrument to improve communication and facilitate informed and consensual decision-making on the planned mode of delivery.

Keywords: Women at low risk of cesarean section, Childbirth, Cesarean section, Decision support tool, Burkina Faso.

Introduction

Le nombre d'accouchements par césarienne continue d'augmenter au 21^{ème} siècle à une échelle sans précédent (1). La césarienne lorsqu'elle est médicalement indiquée peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, mais il n'existe aucune preuve

quant aux avantages d'un accouchement par césarienne pour les femmes et les nouveau-nés qui n'en ont pas besoin. L'augmentation du recours à la césarienne touche également les pays à revenu faible ou intermédiaire (2). Dans ces contextes, cette augmentation est susceptible de contribuer à l'aggravation des issues maternelles et périnatales (3,4). En outre, la surutilisation et la sous-utilisation de la césarienne coexistent. Ce qui aggrave les inégalités en matière de santé (5). Cette situation est particulièrement critique dans les pays à faible revenu, où elle fait peser un fardeau supplémentaire sur des systèmes de santé déjà fragiles et disposant de ressources très limitées (6).

Au Burkina Faso, le taux national de césarienne reste encore faible, environ 3 % (7). Depuis 2005, les politiques de santé se sont attachées à réduire les obstacles financiers à l'accès à cette intervention vitale (8). Cependant, dans certains hôpitaux, les taux de césarienne ont rapidement augmenté jusqu'à 40% avec une justification médicale peu claire (9). Le fait de résider en zone urbaine ou d'avoir un statut socio-économique élevé est associé à des césariennes non médicalement justifiées au Burkina Faso (10). Même si l'augmentation du taux de césarienne reste une priorité dans ce contexte, des stratégies efficaces et sûres sont nécessaires pour réduire parallèlement les césariennes non nécessaires.

Les interventions cliniques fondées sur des données probantes visant à améliorer la qualité des soins ont été résumées dans les recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement (11) et peuvent contribuer à l'utilisation appropriée de la césarienne si elles (les recommandations) sont utilisées systématiquement par les professionnels de santé. Cependant, la surutilisation de la césarienne ne peut plus être considérée uniquement comme le résultat de pratiques cliniques inappropriées pendant le travail. Des facteurs non cliniques, tels qu'une méconnaissance des conditions requises pour une césarienne, certains facteurs culturels et organisationnels, sont apparus comme des déterminants potentiels et doivent être pris en compte pour s'attaquer efficacement à ce problème croissant (12).

Les croyances des femmes et des facteurs culturels influencent leurs préférences concernant le mode d'accouchement (13). En particulier, le manque d'informations sur les risques et les avantages potentiels d'une césarienne planifiée (CS) par rapport à un accouchement vaginal planifié contribue à de nombreuses idées fausses concernant les modes

d'accouchement et réduit la capacité des femmes à faire un choix éclairé. Pour certaines femmes, la peur de la douleur liée au travail d'accouchement est si grande que la préférence pour la césarienne augmente même en l'absence d'indication médicale (13). Cependant la demande maternelle de césarienne peut placer les professionnels de la santé dans une situation de tension éthique entre le devoir de promouvoir un accouchement physiologique et la nécessité de respecter le choix des femmes (14). Dans tous les cas, l'anxiété et le conflit décisionnel peuvent émerger d'une décision médicale non partagée lorsque les valeurs et les attentes des femmes ne sont pas satisfaites (15). L'incertitude des femmes quant au mode d'accouchement n'affecte pas seulement les pays à revenu élevé, mais aussi les pays à faible et moyen revenu (PFMR) où la demande maternelle de césarienne est deux fois plus élevée (16). Dans de nombreux PFMR, les femmes pensent que la césarienne est plus sûre que l'accouchement vaginal pour le bébé et qu'une césarienne planifiée offre la possibilité de programmer l'accouchement à des dates propices (12,18). Pour les femmes qui préfèrent un accouchement vaginal, certaines soutiennent qu'une césarienne planifiée est une décision médicale parce qu'elles manquent d'informations fiables et/ou d'autonomie dans le processus de prise de décision (12, 18-20). Par conséquent, les taux de césariennes non nécessaires continuent d'augmenter dans les PFMR, ce qui accroît les risques d'effets néfastes sur la santé des mères et des nouveau-nés, entraînant également des dépenses de santé élevées pour les pays dont les ressources sont déjà très limitées.

Le projet QUALI-DEC vise à mettre en œuvre des interventions ciblant simultanément les prestataires de soins de santé, les femmes et les systèmes de santé afin d'améliorer la prise de décision concernant le mode d'accouchement dans les PFMR dont le Burkina Faso (21). L'OAD est l'une des quatre composantes de cette stratégie (22). Nous postulons que l'OAD pourrait améliorer les connaissances des femmes sur les risques et les avantages des différents modes d'accouchement, sensibiliser les prestataires sur les attitudes et les préférences des femmes en matière d'accouchement, faciliter une prise de décision concertée sur le mode d'accouchement et réduire la demande maternelle de césarienne au Burkina Faso. L'objectif de cet article est de présenter le processus de développement d'un OAD adapté au contexte du Burkina Faso et son acceptabilité par les femmes et les professionnels de santé.

I. Méthodes

L'OAD a été conçu en respectant les trois étapes du cadre d'aide à la décision d'Ottawa : (i) identifier les besoins ; (ii) fournir un outil d'aide à la décision et (iii) l'évaluer (16). Le public cible de l'OAD est constitué des femmes à faible risque, définies comme des femmes sans antécédents de césarienne, présentant une grossesse unique à terme, avec un fœtus en présentation céphalique sans contre-indication à l'accouchement par voie basse.

Nous avons conçu une approche en deux volets pour générer et évaluer l'outil. Les données collectées dans les hôpitaux du Vietnam ont été utilisées pour le développement de l'OAD, tandis que l'acceptabilité a été évaluée dans les hôpitaux d'Argentine, du Burkina Faso et de Thaïlande.

I.1. Étape 1 : Identifier les besoins pour améliorer la prise de décision sur le mode de naissance

Nous avons réalisé une recherche qualitative en août 2018 et mars 2019 dans quatre hôpitaux au Vietnam. Des entretiens individuels et des discussions de groupe ont été menés auprès de différents informateurs clés, notamment des femmes dans le post-partum ainsi que leurs compagnons, des obstétriciens, des sage-femmes et des administrateurs d'hôpitaux. Sur la base du modèle écologique pour comprendre les facteurs influençant les taux de césarienne, les verbatims ont été analysés et interprétés à l'aide d'une approche d'analyse thématique.

I.2. Étape 2 : Fournir les preuves d'un outil d'aide à la décision holistique

Nous avons conçu l'OAD en deux sections. La première section vise à informer les femmes enceintes sur les risques et les avantages de la césarienne et de l'accouchement vaginal lors d'une visite de soins prénatals. La deuxième partie vise à aider les femmes à clarifier leurs valeurs et ainsi les préparer à discuter de leurs préférences avec le professionnel de santé lors des visites suivantes.

Nous avons mené une revue systématique pour fournir des informations fondées sur des preuves scientifiques concernant les risques et les avantages des deux modes d'accouchement.

I.3. Étape 3 : Évaluer l'OAD au Burkina

Nous avons préparé une première version de l'OAD (livret papier) pour le montrer comme exemple aux femmes et aux professionnels de santé afin qu'ils

comprennent mieux ce que nous proposons. Nous avons utilisé le cadre théorique d'acceptabilité pour évaluer de manière prospective l'acceptabilité du livret parmi les femmes et les professionnels de santé.

I.4. Type d'étude

Une étude qualitative exploratoire a été menée pour l'identification des besoins et l'évaluation. L'étude qualitative a été utilisée pour capter les opinions et les représentations des populations afin de mieux comprendre des phénomènes sociaux et culturels qui échappent souvent aux méthodes quantitatives (23).

I.5. Sites d'étude

Cette étude a été menée dans huit hôpitaux de références où l'intervention QUALI-DEC visant à réduire les césariennes non nécessaires a été mise en œuvre. Ainsi quatre hôpitaux de références du Burkina Faso ont été inclus dans cette phase d'identification des besoins. Les établissements ont été sélectionnés en fonction de leur volume d'activité et de leur situation géographique. Ce sont, le Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO, les Centres hospitaliers régionaux de Tenkodogo et de Kaya et enfin le Centre médical avec antenne chirurgicale de Do. Pour la phase d'évaluation, l'ensemble des huit hôpitaux du projet QUALIDEC ont été inclus. Ainsi en plus des 4 hôpitaux inclus lors de la phase d'identification, le Centre hospitalier universitaire SANOU Souro, les Centres hospitaliers régionaux de Ouahigouya et de Koudougou et enfin le Centre médical avec antenne chirurgicale de Pissy ont été inclus.

I.6. Participants et recrutement

L'échantillonnage par cas multiples (24) a été utilisé pour assurer la diversité des participants à l'étude. Cette méthode utilise des paramètres préétablis pour stratifier la population d'étude et encourage le recrutement et la sélection des sujets fondés sur le principe de diversification. Ainsi deux grands groupes de population ont été identifiés : (i) les femmes enceintes ou dans le postpartum, (ii) les prestataires de soins de santé au sein des maternités. Les femmes enceintes âgées de 18 à 49 ans (nullipares, multipares ayant déjà subi ou non une césarienne) venues pour des soins prénatals ont été invitées à participer aux entretiens de même que celles dans le post-partum. Le personnel de santé a facilité le recrutement des femmes par les enquêteurs. Au total 22 femmes enceintes et 16 en postpartum ont été

interviewées lors de la phase d'identification des besoins. En phase d'évaluation et 24 femmes ont été interviewées.

Les prestataires de santé étaient des médecins, des infirmiers et des sage-femmes travaillant dans les services de maternité des hôpitaux inclus dans l'étude. L'échantillon de prestataires interviewé était représentatif du personnel des services maternité (par rapport à la qualification, l'âge, le sexe et l'expérience professionnelle). Au total, 25 et 33 prestataires ont été interrogés respectivement lors des phases d'identification et d'évaluation.

I.7. Collecte de collecte

Des guides d'entretiens ont été élaborés en fonction des différentes catégories de participants à l'étude. Lors de l'identification des besoins, les entretiens ont porté sur le besoin d'informations, le format de présentation de l'outil, le moment approprié pour son utilisation, etc. Pour la phase d'évaluation, l'expérience d'utilisation de l'OAD a été explorée.

Les entretiens ont été menés par 4 enquêteurs ayant un diplôme en sciences sociales et une expérience dans la conduite d'entretiens approfondis.

I.8. Traitement et analyse des données

Tous les entretiens ont été enregistrés puis transcrits. Une approche thématique a été choisie pour analyser les données. L'analyse thématique est une méthode qui permet d'identifier, d'analyser et de rapporter les thèmes issus des données(25). L'analyse thématique a été effectuée selon les étapes suivantes : (i) organisation des données ; (ii) génération des catégories, des thèmes et des motifs ; (iii) vérification de l'hypothèse émergente ; (iv) recherche d'explications alternatives.

I.9. Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité institutionnel d'éthique pour la recherche en santé de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (A021-2019). La confidentialité et l'anonymat des répondants ont été assurés. Tous les participants ont reçu l'information sur l'étude dans leur langue parlée et ont signé le formulaire de consentement libre et éclairé avant de participer aux interviews.

II. Résultats

II.1. Besoins et lacunes perçus en matière de prise de décision de qualité

Le manque de dialogue entre les femmes et les prestataires de soins, le manque de préparation à l'accouchement et des méthodes pharmacologiques pour contrôler la douleur pendant le travail ont été identifiés comme des obstacles importants à l'accouchement vaginal. Les femmes et leurs soignants ont exprimé le besoin d'être mieux informés sur les risques et les avantages de la césarienne et de l'accouchement vaginal planifiés.

Pour les prestataires de santé, cela permettrait de fournir des informations aux femmes pour un choix éclairé et de réduire la charge de travail du personnel de santé comme évoqué dans ces propos d'un agent de santé : « Pour nous même ça va réduire nos charges de travail puisque la femme a déjà connaissance de ce qui se fait donc ça veut dire, quand elle va venir, voilà, j'ai étudié l'outil voilà, voilà mais je désire telle chose. Avec la femme maintenant vous prenez la décision donc ça réduit votre charge de travail. » (KAY_midwife_1, sage-femme, CHR Kaya)

Pour les femmes, l'OAD pourrait être utile pour rassurer la femme à travers les informations sur les modes d'accouchement, comme l'exprime cette femme « Oui, c'est bien parce que si tu sais comment tu vas accoucher et comment ça va se faire tu es rassuré » (KAY_postwoman_3, femme en postpartum au CHR de Kaya). De plus les informations contenues dans l'OAD permettraient aux femmes d'être mieux préparer pour l'accouchement et éviter les erreurs comme l'illustre ces propos « tu peux prendre cet outil utilisé et puis toutes les mauvaises choses que tu as vécues à ton premier accouchement là pour que ça se répète plus » (TEN_postwoman_4, femme en postpartum, CHR Tenkodogo).

Le format papier de l'OAD a été jugé plus adapté par les femmes instruites. En plus de ce format, les prestataires de soins ont suggéré d'autres format tels que celui de l'audiovisuel à travers les smartphones avec des images pour permettre à toutes les femmes de comprendre les messages. Comme l'illustre ce répondant, « les gens préfèrent les portables (smartphones) qui est beaucoup plus facile à manipuler à manier à lire avec photos à l'appui je pense que c'est le support idéal à mon niveau » (TEN_midwife_1, maïeuticien, CHR Tenkodogo).

Cependant les prestataires de santé ont suggéré que l’outil soit présenté aux femmes par eux-mêmes, vu que ces dernières ne seront autorisées à faire un choix du mode d’accouchement. Le second format proposé était celui d’un dépliant ou d’une brochure contenant des images illustrant le contenu.

Les vidéos, les podcasts ou les messages audio diffusés à la radio ou dans les salles d'attente des services de consultations prénatale sous forme de causeries ont été suggérés par les femmes qui ne savent pas lire :

“Je pense que les causeries sont mieux indiquées parce que tout le monde ne sait pas lire et donc quand on vient au centre de santé pour la CPN c’est l’occasion pour les agents de santé de causer avec les femmes sur ça.” (KAY_postwoman_3, femme en postpartum au CHR de Kaya).

II.2. Synthèse des risques et avantages des deux modes d'accouchement présentés dans l’OAD

Les avantages de l'accouchement vaginal planifié par rapport à la césarienne planifiée comprennent un séjour hospitalier plus court, un rétablissement plus rapide, des chances accrues de commencer à allaiter immédiatement après l'accouchement, une réduction des risques associés à la chirurgie et une réduction des risques de complications lors d'une future grossesse (rupture utérine, décollement du placenta, placenta praevia ou accreta) (26, 12,27-29). Parmi les inconvénients, citons le risque possible de lésion du plexus brachial pour le bébé, le risque accru de douleur au niveau du périnée et de l'abdomen dans le post-partum immédiat et le risque accru d'incontinence urinaire temporaire au cours des deux premières années suivant l'accouchement (10,27-29,30,31).

Parmi les avantages de la césarienne planifiée, citons une douleur moindre au niveau du périnée après l'accouchement et au cours des trois premiers mois suivant la naissance, ainsi qu'un risque réduit d'incontinence urinaire au cours des deux premières années suivant l'accouchement (12,27-28,30). Parmi les inconvénients, citons un séjour hospitalier plus long, une plus grande difficulté à reprendre une vie normale après l'opération, davantage de douleurs abdominales au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement, y compris des douleurs au niveau de la cicatrice pouvant persister au-delà de 12 mois, des chances réduites de commencer à allaiter après l'accouchement, un risque accru d'hystérectomie en raison d'une hémorragie post-partum,

des complications au cours d'une future grossesse, des complications cardio-respiratoires pour le bébé et des troubles respiratoires après la naissance lorsque l'accouchement a lieu avant 39-40 semaines de grossesse (26,12,27-28,32,29,33,31,34,35). Des risques d'obésité dans l'enfance ou l'adolescence et d'allergies/asthme plus tard dans la vie sont également possibles (12,29,36-39).

II.3. Évaluation de l'acceptabilité de l'outil d'aide à la décision par les femmes et les prestataires de soins

Au Burkina Faso, il n'existait pas d'OAD pour les femmes enceintes.

Tant les femmes que les prestataires ont une perception positive de l'OAD, qu'ils jugent utile pour une bonne connaissance des modes d'accouchement. Les femmes ont indiqué que l'OAD serait très utile pour éviter les informations erronées et les malentendus et qu'il les aiderait à obtenir des informations qu'elles ont du mal à obtenir auprès des professionnels de santé. Les femmes ont identifié plusieurs autres sources d'information, telles que les membres de la famille, les réseaux sociaux ou Internet, mais ces sources sont considérées comme partiales par les femmes et sont souvent favorables à la césarienne. Notre analyse qualitative a également montré que les femmes aimeraient être interrogées sur leur préférence en matière de mode d'accouchement, car elles considèrent qu'elles ont le droit de choisir. Le format papier de l'OAD a été jugé plus adapté par les femmes instruites. Les vidéos, les podcasts ou les messages audio diffusés à la radio ou dans les salles d'attente des services de consultations prénatale ont été suggérés par les femmes qui ne savent pas lire.

II.4. Processus de développement de l'OAD

La première ébauche du livret a été rédigée en janvier 2020 et révisée par un comité de huit experts du consortium QUALI-DEC qui n'ont pas participé à son élaboration. La deuxième version du était disponible en décembre 2020 et a été discutée avec l'ensemble des chercheurs du projet QUALI-DEC. Les adaptations issues des entretiens individuels ont été discutées et convenues pour adapter l'OAD au contexte de chaque pays. Au Burkina Faso, les adaptations proposées ont surtout porté sur la diversification du format et la nécessité que la première exposition des femmes à l'outil se fasse par l'intermédiaire d'un professionnel de santé qui va le leur expliquer à s'assurer qu'elles en ont la bonne compréhension. Ces adaptations ont également tenu compte du fait que les femmes dans ce contexte ne sont pas autorisées à décider

de leur mode d'accouchement, décision qui reste du ressort du professionnel de la santé. En définitive c'est le livret adapté qui a été mis en œuvre au Burkina Faso. La troisième version du DAT a été inscrite au Decision Aid Library Inventory (DALI) de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa : Aide à la décision #1959 « Césarienne ou accouchement vaginal : faire un choix éclairé » en septembre 2021. Elle répond à 20 des 22 Normes d'aide à la décision pour les patients pour l'aide à la décision. L'OAD est disponible en ligne sur le site QUALI-DEC : www.qualidec.com.

III. Discussion

Sur la base du cadre d'aide à la décision d'Ottawa, nous avons développé une aide à la décision pour aider les femmes enceintes à faible risque dans les PFMR et en particulier au Burkina Faso à faire un choix éclairé quant à leur mode d'accouchement prévu. L'OAD a été identifié comme un besoin non satisfait au Burkina Faso et bien accueilli par les femmes et les professionnels de santé. Ces derniers ont reconnu la nécessité d'outils pour mieux informer les femmes enceintes afin qu'elles puissent participer aux discussions et aux décisions lors des visites prénatales. L'OAD peut être utile pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les femmes et répond aux besoins des femmes enceintes en matière d'informations fiables sur le mode d'accouchement. Alors que la plupart des femmes interrogées préféreraient un accouchement vaginal, les femmes apprécient que les professionnels de santé leur posent des questions sur les raisons qui motivent leur préférence pour l'accouchement vaginal et discutent avec elles des avantages et des inconvénients des deux modes d'accouchement.

Il est important de noter que l'OAD n'a pas pour objectif de remplacer la discussion avec les prestataires de soins de santé, mais de mieux outiller les femmes et d'établir la base d'un dialogue plus éclairé avec elles (40). Ce dialogue est important pour construire une relation de confiance, qui peut empêcher une décision non appropriée concernant le mode d'accouchement (40, 41). De plus, dans des contextes comme celui du Burkina Faso où les prestataires de soins de santé ont peu de temps à consacrer à chaque femme lors des visites prénatales, l'OAD peut permettre une utilisation plus efficace de ce temps.

Notre démarche de développement d'une aide à la décision pour les femmes enceintes présente plusieurs atouts. Premièrement, notre OAD est le premier ciblant les femmes à faible risque sans antécédent de

césarienne dans les PFMR. Deux études ont déjà évalué l'impact d'une aide à la décision chez les femmes ayant déjà subi une césarienne (42,43), montrant une meilleure connaissance des femmes sur les risques et les avantages de l'épreuve du travail par rapport à une nouvelle césarienne. Deuxièmement, le l'OAD répond à 20 des 22 normes internationales en matière d'aide à la décision pour les patients. Il repose sur des preuves scientifiques concernant les risques et les avantages des modes d'accouchements. Enfin, les prestataires de soins de santé, les femmes et leurs compagnons ont une perception positive de l'outil. Cependant, notre travail présente certaines limites. Premièrement, nous n'avons pas réalisé une estimation chiffrée du niveau du risque des complications associées à chaque mode d'accouchement. Deuxièmement, l'OAD dans sa version actuelle ne peut pas être utilisé par des femmes analphabètes. Pour ces populations, il faudrait développer d'autres supports de communication, comme les messages vidéo ou audio tels que suggérés par les acteurs lors de l'évaluation. Troisièmement, les preuves scientifiques sur les risques et les bénéfices des deux modes d'accouchement reposent principalement sur des comparaisons indirectes et reposent rarement sur une « approche en intention de traiter ». De plus, la plupart des études n'ont pas tenu compte des facteurs de confusion susceptibles d'affecter les résultats maternels et fœtaux, tels que l'âge de la mère, la parité, le tabagisme et l'indice de masse corporelle, ainsi que les situations cliniques ou obstétricales qui auraient pu être la principale raison de la césarienne. L'incapacité de démêler ces facteurs rend presque impossible une évaluation précise du risque. En raison du faible niveau de preuve des données pour 8 critères de jugement sur 14, les résultats de notre revue de la littérature doivent être interprétés avec prudence. Le manque d'hôpitaux privés participant à l'étude constitue une autre limite à la généralisation des résultats. Même si la causalité ne peut être confirmée, les femmes enceintes à faible risque doivent être informées que l'accouchement par césarienne est associé à des risques à court et à long terme pour la mère et le bébé, ainsi que pour les grossesses ultérieures. Le risque de complications liées à la césarienne, y compris la mortalité maternelle et périnatale, est probablement plus élevé dans les PFMR comme le Burkina Faso que dans les pays à revenu élevé où la plupart des études ont été menées, en raison de la faiblesse des ressources disponibles. (4, 40-45). Par conséquent, les femmes des PFMR pourraient être informées qu'une césarienne sans indication médicale peut avoir des conséquences favorables à court terme, mais aussi les exposer à des complications potentiellement graves (voire mortelles)

lors de grossesses ultérieures. L'OAD est facilement adaptable aux spécificités de chaque contexte et est conçu comme une ressource dynamique. Il peut être facilement mis à jour à mesure que de nouvelles preuves scientifiques apparaissent.

Conclusion

Notre aide à la décision pour les femmes enceintes à faible risque est fondée sur les preuves scientifiques les plus récentes, qui ne permettent aucun doute sur la sécurité d'un accouchement vaginal par rapport à une césarienne dans les contextes à faibles ressources. Il devrait renforcer la confiance et favoriser un dialogue plus efficace et plus satisfaisant entre les femmes enceintes et les professionnels de santé. Il peut être facilement adapté et mis à jour à mesure que de nouvelles données apparaissent.

Références bibliographiques

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. BJOG 2016 ; 123 : 667-70.

2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries : a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health 2015 ; 3 : e260-e270.

3. Fawcus S, Pattinson RC, Moodley J, Moran NF, Schoon MG, Mhlanga RE, Baloyi S,

Bekker E, Gebhardt GS, pour le Comité national des enquêtes confidentielles sur les décès maternels. Décès maternels dus à des hémorragies associées à une césarienne

L'accouchement à domicile : une situation d'urgence nationale. S Afr Med J. 2016;106(5):472-6.

4. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, Fernandez E, Gundabattula, S, Betran AP, Khan K, Zamora J, Thangaratinam S. Mortalité maternelle et périnatale et complications associées à la césarienne dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique et une méta-analyse de 12 millions de grossesses. Lancet 2018.

5. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al.

Épidémiologie mondiale du recours aux césariennes et des disparités en la matière. *Lancet Lond Engl.* 2018;392(10155):1341-8.

6. Boatin AA, Schlottheuber A, Betran AP, et al. Inégalités intrapays dans les taux de césarienne : étude observationnelle de 72 pays à revenu faible et intermédiaire. *BMJ* 2018 ; 360 : k55.

7. Observatoire mondial de la santé. Naissances par césarienne - Données par pays. 2018. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.BIRTHSBYCAESAREANv> (consulté en décembre 2019).

8. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. La subvention nationale pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. *Health Policy Plan.* 2011;26(Suppl. 2):ii30-40.

9. Kouanda S, Coulibaly A, Ouedraogo A, Millogo T, Meda BI, Dumont A. Audit

d'accouchement par césarienne au Burkina Faso. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2014;125:214-8.

10. Kaboré C, Ridde V, Kouanda S, Agier I, Queuille L, Dumont A. Determinants of non-medically indicated cesarean deliveries in Burkina Faso. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2016 Nov;135 Suppl 1:S58-63

11. recommandations de l'OMS : Soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Publié en 2018. Consulté le 29 mars 2019.

12. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, et al. Women's preference for caesarean section : a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Bjog.* 2011;118(4):391-399. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x

13. Wagner M. Choosing caesarean section. *The Lancet.* nov 2000;356(9242):1677-80.

14. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, et al. Les femmes préfèrent-elles les césariennes ? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. Ortiz-Panozo E, éditeur. *PLOS ONE.* 5 mai 2021;16(5):e0251072.

15. Schantz C, Lhotte M, Pantelias A-C. Dépasser les tensions éthiques devant les demandes maternelles de césarienne : Santé Publique. 2 mars 2021;Vol. 32(5):497-505.
16. Stacey D, Légaré F, Boland L, Lewis KB, Loiselle M-C, Hoefel L, et al. 20th Anniversary Ottawa Decision Support Framework : Part 3 Overview of Systematic Reviews and Updated Framework. *Med Decis Making*. avr 2020;40(3):379-98.
17. Takegata M, Smith C, Nguyen HAT, Thi HH, Thi Minh TN, Day LT, et al. Reasons for Increased Caesarean Section Rate in Vietnam : A Qualitative Study among Vietnamese Mothers and Health Care Professionals. *Healthcare*. 21 févr. 2020;8(1):41.
18. Suwanrath C, Chunuan S, Matemanosak P, Pinjaroen S. Why do pregnant women prefer cesarean birth ? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2021;21(1):23.
19. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women : a qualitative study. *Reprod Health*. déc 2013;10(1):2.
20. Richard F, Ouattara F, Zongo S. Fear, guilt, and debt : an exploration of women's experience and perception of cesarean birth in Burkina Faso, West Africa. *Int J Womens Health*. mai 2014;469.
21. Dumont A, Betrán AP, Kaboré C, de Loenzien M, Lumbiganon P, Bohren MA, et al. Implementation and evaluation of nonclinical interventions for appropriate use of cesarean section in low- and middle-income countries : protocol for a multisite hybrid effectiveness-implementation type III trial. *Implement Sci*. déc 2020;15(1):72.
22. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Consumers and Communication Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 avr 2017 [cité 7 oct 2021];2017(4). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001431.pub5>.
23. qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 28]. Available from:

<https://aulasvirtuales.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf>

24. Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative. *Class Sci Soc* [Internet]. 2007 [cited 2024 Oct 28]; Available from: https://www.academia.edu/51891464/E_chantillonnage_et_recherche_qualitative
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 Jan 1;3(2):77–101.
26. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication : systematic review and meta-analysis. *Rev Saúde Pública*. 27 nov 2017;51:105.
27. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. La césarienne planifiée pour l'accouchement du siège à terme. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 21 juill 2015 [cité 8 oct 2021] ; Disponible sur : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000166.pub2>
28. Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, Palmieri R, Funk MJ, Lux L, Swinson T, Lohr KN. Accouchement par césarienne à la demande de la mère.
29. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies : Systematic review and meta-analysis. Myers JE, éditeur. *PLOS Med*. 23 janv 2018;15(1):e1002494.
30. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence : A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol*. juill 2016;70(1):148-58.
31. Hankins GDV, Clark SM, Munn MB. Cesarean Section on Request at 39 Weeks : Impact on Shoulder Dystocia, Fetal Trauma, Neonatal Encephalopathy, and Intrauterine Fetal Demise. *Semin Perinatol*. oct 2006;30(5):276-87.
32. Weibel S, Neubert K, Jelting Y, Meissner W, Wöckel A, Roewer N, et al. Incidence et gravité de la douleur chronique après une césarienne : A systematic review with meta-analysis. *Eur J Anaesthesiol*. nov 2016;33(11):853-65.

33. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2012;95(5):1113-35.
34. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):389-94.
35. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, et al. Impact of Caesarean section on subsequent fertility : a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* juill 2013;28(7):1943-52.
36. Darmasseelane K, Hyde MJ, Santhakumaran S, Gale C, Modi N. Mode of Delivery and Offspring Body Mass Index, Overweight and Obesity in Adult Life : A Systematic Review and Meta-Analysis. Dewan A, éditeur. *PLoS ONE.* 26 févr 2014;9(2):e87896.
37. Bager P, Wohlfahrt J, Westergaard T. Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease : meta-analyses. *Clin Exp Allergy.* avr 2008;38(4):634-42.
38. Darabi B, Rahmati S, HafeziAhmadi MR, Badfar G, Azami M. The association between caesarean section and childhood asthma : an updated systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol.* déc 2019;15(1):62.
39. Huang L, Chen Q, Zhao Y, Wang W, Fang F, Bao Y. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma ? A meta-analysis. *J Asthma.* 2 janv 2015;52(1):16-25.
40. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health.* 2018; 15: 130. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0570-z> PMID: 30041661
41. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Interventions targeted at health professionals to reduce unnecessary caesarean sections: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open.* 2018; 8: e025073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025073> PMID: 30559163
42. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for

Informed Birth after Cesareana. *Birth*. 2005; 32: 252–261. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00383.x> PMID: 16336366

43. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007; 334: 1305. <https://doi.org/10.1136/bmj.39217.671019.55> PMID: 17540908

44. The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group, Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010; 8: 71. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71> PMID: 21067593

45. Heitkamp A, Meulenbroek A, van Roosmalen J, Gebhardt S, Vollmer L, I de Vries J, et al. Maternal mortality: near-miss events in middle-income countries, a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2021; 99: 693–707F. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.285945> PMID: 34621087

46. Bishop D, Dyer RA, Maswime S, Rodseth RN, van Dyk D, Kluyts H-L, et al. Maternal and neonatal outcomes after caesarean delivery in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 2019; 7: e513–e522. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30036-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30036-1) PMID: 30879511