

# QUAND LA CÉSARIENNE REND LES FEMMES ENCORE PLUS VULNÉRABLES

Fatoumata Ouattara\* & Fabienne Richard\*\*

## INTRODUCTION

La césarienne est une intervention majeure en obstétrique. Elle permet de sauver des vies (celle de la mère et celle de l'enfant) en cas de complications sévères (UON Network, 2003). Le débat sur le taux idéal de césariennes est très ancien et continue encore aujourd'hui (De Brouwere *et al.*, 2002 ; Dumont *et al.*, 2001 ; Francome & Savage, 1993 ; King, 1991 ; O'Driscoll & Foley, 1983 ; O'Sullivan, 1990 ; Porges, 1985 ; *The Lancet*, 1997 ; UON Network, 2003). En Afrique subsaharienne le taux de ces actes opératoires est très bas (inférieur à 2 %)<sup>1</sup>. Si l'accès financier et l'accès géographique semblent des éléments majeurs, l'acceptabilité de la césarienne en Afrique subsaharienne par les femmes et leur famille a aussi été soulevée par certains auteurs comme un facteur important expliquant le faible taux de césariennes (Aziken *et al.*, 2007 ; Danso *et al.*, 2009 ; Ezechi *et al.*, 2004 ; Oladapo *et al.*, 2007). En effet, du côté des familles, la césarienne peut être vécue comme un échec pour la femme, une incapacité d'accoucher par voie basse (Aziken *et al.*, 2007) et comme une menace pour l'équilibre financier de la famille (Borghi *et al.*, 2003 ; Borghi *et al.*, 2008 ; Storeng *et al.*, 2008). Pour les acteurs de santé publique et les responsables de programmes de santé maternelle, il est important de comprendre comment les femmes perçoivent cet acte afin que leurs efforts au niveau des autres barrières (réduction des coûts directs de la césarienne ou amélioration des

---

\* Anthropologue, chargée de recherche, Aix-Marseille Université, IRD, LPED, Marseille, France.

\*\* Sage-femme, MSc, PhD, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique.

1. L'enquête sur les besoins obstétricaux non couverts (BONC) réalisée en 2008 dans le district de Bogodogo (Ouagadougou, Burkina Faso) montre que le taux d'interventions obstétricales majeures (césariennes, hystérectomie pour hémorragie massive, etc.) n'était que de 1 % des naissances attendues pour les femmes du milieu rural, et parmi ces interventions seulement la moitié soit 0,5 % ont été réalisées pour des indications maternelles absolues ([www.uonn.org](http://www.uonn.org)).

moyens de transport vers l'hôpital de référence) portent leurs fruits. Ce chapitre a pour objectif de rendre compte des perceptions, et des implications sociales et économiques des césariennes pour les femmes et leur entourage.

## MÉTHODE

Des visites à domicile des femmes césarisées avec des soignants et des groupes de discussion avec d'autres femmes ayant récemment accouché et des femmes enceintes ont été réalisés.

Les visites à domicile, conjointes entre anthropologues et prestataires auprès des femmes césarisées au CMA du secteur 30, ont été initiées en septembre 2003 (le bloc opératoire a été ouvert le 1<sup>er</sup> août 2003) et se sont poursuivies jusqu'en septembre 2004. L'initiative de ces entretiens a été consécutive à l'analyse situationnelle qui a mis en évidence une faible connaissance des univers de vie des usagers par les prestataires de soins. L'ouverture du bloc opératoire offrait donc une opportunité de pouvoir entreprendre des visites au domicile des femmes qui venaient de subir une césarienne.

L'objectif visé des sorties conjointes des anthropologues et des personnels de santé auprès de ces femmes était d'inciter les soignants à une réflexion critique sur leur pratique professionnelle pour améliorer leurs relations avec les patientes. Il s'agissait d'identifier les discours relatifs aux différentes pratiques en matière de suivi de la grossesse et de l'accouchement ; puis d'identifier les différents acteurs sociaux qui interviennent dans la prise en charge financière de la grossesse, de l'accouchement et de l'évacuation. L'amélioration de ces relations était attendue par le biais d'un accès des prestataires de soins aux discours des femmes et à leur cadre de vie.

Les équipes étaient composées d'au moins un anthropologue et un soignant. L'association du soignant à l'équipe de sortie était essentiellement basée sur le volontariat. Le soignant ne devait pas avoir pris en charge la femme dans la salle d'accouchement, afin de favoriser la tenue de propos plus libres pendant l'entretien.

D'ailleurs, aux cours de ces sorties, les agents de santé et les anthropologues ont souvent été confrontés à la surprise et à la crainte des usagers. Jamais dans l'histoire locale du Burkina Faso, on n'a entendu dire qu'un soignant s'est rendu au domicile d'un patient dans un but d'écoute de celui-ci. L'équipe de sortie a dû parfois faire face à des réticences du côté des femmes et de leur entourage. Une femme à qui l'on a rendu visite et à qui l'on demandait aussi de discuter avec son conjoint confiait les raisons de ses réticences, après l'entretien.

*J'ai eu peur. Je me suis demandé ce que mon mari avait encore fait pour qu'on cherche à le voir !*

La plupart des agents de santé ont participé aux visites à domicile. Sur un nombre de 15 sages-femmes, 10 ont entrepris d'y participer en compagnie des anthropologues. En outre, si les visites ont été initiées au départ avec les soignants de la maternité, le personnel du bloc opératoire y a par la suite également pris part. Sur 112 femmes qui ont bénéficié d'une césarienne au bloc opératoire entre septembre 2003 et septembre 2004, 35 d'entre elles ont fait l'objet d'une visite à domicile. Après chaque sortie, un rapport de visite était rédigé par l'agent de santé, qui devait aussi en rendre compte à ses collègues à l'occasion d'une réunion d'équipe.

En février 2004, cinq groupes de discussion ont été organisés avec des femmes qui consultaient dans différentes maternités du district sanitaire du secteur 30 (quatre urbaines et une rurale). Ces groupes ont permis de recueillir des données sur les perceptions des césariennes. Ils étaient limités à une quinzaine de femmes pour permettre des échanges en profondeur. La spécificité de ces rencontres reposait sur le choix de leur lieu. En effet, des enquêtes préalables avaient mis en évidence une certaine superficialité des propos des utilisateurs dès lors qu'ils étaient interrogés sur leurs perceptions des structures sanitaires et des soignants dans ces services.

Au début de chaque rencontre, il s'agissait pour les animateurs des rencontres de procéder à un exposé bref du programme Aquasou et d'insister sur la nécessité de l'amélioration de la qualité des soins, dont une dimension importante est l'amélioration des relations entre usagers et prestataires de soins. De ce fait, les animateurs expliquaient l'importance de la rencontre par le besoin de connaître les avis des utilisateurs des services de santé, pour permettre ainsi à terme d'initier le dialogue avec les soignants sur certains points.

Ces réunions avaient donc pour objectif principal de recueillir les suggestions des femmes afin qu'elles soient mieux prises en charge pendant la grossesse et l'accouchement. Les thèmes abordés furent leurs perceptions au sujet de ces derniers ainsi que les problèmes qui y sont liés, les différents avis sur les acteurs et les modalités de prise en charge sociale et financière de la grossesse et de l'accouchement. En ce qui concerne les services reçus, il leur était demandé ce qui leur convenait dans les soins qu'elles avaient reçus et ce qu'elles auraient souhaité que l'on change dans l'organisation de la structure. L'existence et le mode de fonctionnement du bloc opératoire du CMA ont également été abordés lors de ces rencontres. Tous les échanges ont été enregistrés et ensuite transcrits intégralement.

Les entretiens individuels lors des visites à domicile et les groupes de discussions avec les usagers ont été enregistrés et retranscrits en français. L'analyse des données a été faite manuellement.

## LA PEUR DE LA CÉSARIENNE : SON IMPRÉVISIBILITÉ ET SES COMPLICATIONS

Il ressort de presque tous les discours des femmes rencontrées, le caractère imprévisible de la survenue des problèmes pendant la grossesse. Selon elles, aucune grossesse ne ressemble à une autre. Certaines seraient plus faciles à vivre que d'autres.

*[...] Les grossesses ne sont pas pareilles ; tu peux prendre une grossesse, ça te fait mal jusqu'à l'accouchement.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec des clientes d'une maternité urbaine.)*

À l'instar des grossesses, aucun accouchement ne ressemblerait à un autre : certains sont faciles, rapides, tandis que d'autres sont difficiles et longs. La crainte de l'accouchement semble liée à la modalité de son issue. C'est un moment critique pour la santé et la vie de la femme. Les femmes du Burkina Faso peuvent elles aussi proclamer que « l'accouchement c'est la guerre », comme cela est dit au Niger, dans les représentations populaires (Olivier de Sardan *et al.*, 2000). La modalité de la délivrance représente également une angoisse.

*La peur que tu as, tu penses que tu es entre la vie et la mort ; il y a des gens qui meurent en suites de couches, tu peux accoucher aussi et tu n'as pas la santé. En plus si tu penses que ça peut être une opération [...], c'est cette peur-là.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec des clientes d'une maternité urbaine.)*

Venant de subir une césarienne, une femme âgée de 31 ans et qui vient de terminer des études de comptabilité raconte la peur qu'elle a ressentie quand elle a appris qu'elle devait être opérée :

*J'avais mal au bas-ventre, donc j'ai été à la maternité, c'est la nommée C qui m'a consultée ce jour-là. La sage-femme A a dit à C de me mettre un bulletin d'échographie pour qu'elle puisse se situer. Comme j'étais à terme, elle voulait savoir la position de l'enfant. C'est à l'issue de ça qu'on a su que la position n'était pas correcte. C'est là qu'ils ont décidé de m'opérer. Même là où je suis allée faire l'échographie, le type m'a dit que ça allait être ça (une opération). Il m'a dit que vraiment la position n'est pas bonne. Mais quand ça se passe comme ça, souvent, ça se termine par une intervention. Je lui ai posé la question à savoir si l'enfant ne pouvait pas se retourner. Il m'a dit non, parce qu'il était trop descendu, c'était coincé, l'enfant n'avait plus d'espace pour tourner. Ce jour-là, j'ai pleuré. Moi, quand j'entendais les gens parler de la césarienne-là, moi j'ai eu trop peur. [...] Les gens racontent tout, il y a tout un mystère autour de ça.*

La crainte de toujours devoir accoucher par césarienne est évoquée : « Si tu commences par une césarienne, tu vas toujours accoucher par césarienne ! ». Ici c'est la crainte de la répétition de l'acte médical qui est mise en évidence. La

crainte d'une mauvaise cicatrisation après l'opération et des contraintes physiologiques que cela entraîne (maux de dos, fatigue, etc.) ressort aussi dans les discours des femmes. Les femmes ont souvent évoqué également le fait de n'avoir pas été informées pendant les CPN de l'éventualité d'une césarienne. La peur d'un décès pendant l'accouchement par césarienne a également été formulée, crainte sans doute accrue chez celles ayant connu des femmes qui sont mortes au cours de leur accouchement.

*[...] C'est notre voisine, elle est partie au [...] pour accoucher. C'est grave, elle est arrivée là-bas le matin, jusqu'à 22 heures, elle n'avait toujours pas accouché. On dit de pousser, elle ne voulait pas pousser, on lui dit de pousser, elle ne voulait pas pousser, elle serrait les jambes, jusqu'à ce qu'on l'a évacuée à l'hôpital. Quand on l'a amenée à l'hôpital. En tout cas quand on l'a fait rentrer, ils sont ressortis, remettre le bébé et rentrer encore. Quand ils sont rentrés seulement, nous avons vu, ils étaient en train de pousser le corps pour l'amener à la morgue. En tout cas ce problème-là, tout le monde a eu peur.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec les clientes d'une structure de santé urbaine.)*

Pour d'autres, la crainte de la césarienne est liée à la connaissance de conséquences graves telle que la paralysie des membres inférieurs survenue pour l'une d'entre elles. D'une manière générale, la césarienne pourrait avoir des conséquences graves et totalement imprévisibles pouvant aller jusqu'au décès.

Les craintes de l'accouchement et notamment de la césarienne sont indissociables des contraintes financières, médicales et sociales auxquelles sont confrontées les femmes :

*Si tu pars pour accoucher, ce qui fait que tu as peur, c'est parce que tu ne sais pas comment ça va se passer, concernant les ordonnances, tu peux arriver et c'est l'argent qui pose problème...*

*(Une femme d'un focus group organisé avec des clientes d'une maternité urbaine.)*

Les dépenses sont censées être assurées par les hommes (Gruénais & Ouattara, 2010 ; Ouattara *et al.*, 2009). Rares sont celles qui savent combien leur césarienne a coûté. Moins qu'une négligence, cette situation s'assortit des répartitions d'obligations au sein du couple.

*Pour moi, au niveau de l'accouchement, si ce n'est pas ton mari, personne d'autre ne peut venir faire les dépenses ; même si ton mari n'a pas d'argent, s'il va emprunter, c'est obligé qu'il rembourse après. [...] Si tu dois accoucher, il faut que l'homme fasse tout pour avoir l'argent et venir payer.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec les clientes d'une maternité urbaine.)*

Les familles anticipent rarement l'éventualité de dépenses supplémentaires liées à cet acte à l'occasion de l'accouchement. Les problèmes sont résolus dans l'urgence : « Quand ça chauffe, on trouve... ». Cependant entre la norme et la règle, il y a un écart. Dans des contextes de crise économique en milieu urbain, les négociations et les arrangements entre conjoints pour le paiement des frais autour de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas rares. Parmi les hommes, il y a ceux qui arrivent à payer les frais de l'accouchement, ceux qui ne veulent pas payer, mais il y a surtout ceux qui n'ont pas les moyens de faire face aux problèmes financiers. Dans ce dernier cas, la femme peut lui venir en aide. La stratégie adoptée par cette dernière consiste à faire en sorte que l'entourage (les soignants y compris) ne vienne pas à savoir que c'est la femme qui a payé. Il s'agit pour elle de sauver la face de son conjoint car il y va de son honneur de montrer qu'il peut supporter les dépenses de la grossesse de son épouse. Certaines reconnaissent qu'en cas de difficultés, la femme peut venir en aide à son mari. Une institutrice explique par exemple qu'elle a pris en charge les frais occasionnés par ses trois grossesses depuis que son conjoint a perdu son emploi.

Même pour le personnel de santé, il est admis que c'est l'homme qui paye le coût de l'accouchement. Les échanges entre les soignants et les accompagnants se limitent à la remise des ordonnances et à la réclamation des frais de consultation.

*[...] Quand j'avais la grossesse de mon enfant-là, mon problème est semblable à celui de la dame. Mon mari ne travaille pas, il a fait au moins six ans, c'est le nettoyage simple que je faisais et je gagnais 20 000 F par mois. À la fin de chaque mois je mettais 5 000 F de côté. Et comme je savais que j'étais enceinte [...]. J'ai déposé comme ça jusqu'à atteindre 50 000 F. Comme je sais que si la femme est en grossesse, ça peut être une opération, ou bien si Dieu t'aide et que tu as un accouchement facile, tu accouches sans problème, tu dois payer les ordonnances. J'ai mis de côté petit à petit et comme Dieu a fait que ça n'a pas été une opération, j'ai eu mon enfant, je suis contente. J'ai enlevé 25 000 F du reste de l'argent pour donner à mon mari et comme il y avait le baptême qui arrivait pour ne pas avoir la honte, j'ai dit : « prends ». Tu donnes 15 000 F pour acheter le mouton et tu donnes 5 000 F aux femmes pour qu'elles achètent le petit mil et les autres ingrédients pour faire le zoom koom (boisson à base de farine de petit mil). Personne ne saura ; c'est entre toi, moi et le Dieu, c'est comme ça que j'ai fait pour qu'on puisse faire le baptême [...]. Il faut avoir pitié de lui, si tu as pitié de lui, le jour que Dieu lui donnera, il sait ce qu'il fera pour te satisfaire. Mais les hommes ne sont pas pareils.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec des femmes d'une maternité urbaine.)*

*Par exemple pour moi-là comme je sais que mon mari n'avait pas les moyens, moi je lui ai donné de l'argent comme je sais que c'est le jour-là que je devrais sortir, « prends, tu vas payer et on va sortir », c'est le mari*

*qui a payé. (Rire des femmes.) Mais en réalité, c'est moi. Entre lui et moi, qui sait ? C'est lui qui a payé.*

*(Une femme d'un focus group organisé avec des femmes d'une maternité urbaine.)*

Dans des contextes de précarité économique, il est difficile d'anticiper tous les coûts liés à un accouchement. Outre les bénéfices du petit commerce, les femmes font des petites économies sur l'argent donné par le conjoint pour l'alimentation sans pour autant en informer celui-ci. Certaines femmes disent que la grossesse est même un objet de tensions au sein du couple. Selon elles, les hommes ne se sentent pas concernés par les problèmes qu'elles vivent pendant cette période.

La grossesse et l'accouchement semblent aiguïser les tensions dans les relations entre les hommes et les femmes. Tout se passe comme si l'homme se retrouvait alors dans un moment critique où il risque sa réputation. La maternité devient ainsi un enjeu pour le statut de l'un et de l'autre.

Induisant de tels rapports sociaux, il peut paraître surprenant que les femmes ne connaissent pas le montant des dépenses effectuées par les hommes pour l'accouchement. En effet, si très peu de femmes questionnent leur conjoint sur le total des frais, rares sont les maris qui prennent l'initiative d'informer leurs épouses des sommes qu'ils ont eu à payer. De l'avis des femmes, certains hommes trouvent même indiscret qu'une épouse pose ce type de question.

La crainte ou le refus de certaines décisions médicales (l'évacuation) est essentiellement due à la hantise de devoir dépenser beaucoup dans des circuits médicaux complexes où les usagers reçoivent peu d'informations (Ouédraogo, 2006).

## L'INSUFFISANCE DE LA COMMUNICATION PAR LES SOIGNANTS

Le point central et récurrent abordé par les femmes au cours des différents entretiens effectués à leur domicile ou en groupe relève de la communication : soit il y a une absence d'échanges avec les soignants, soit les discours dénotent plutôt une incompréhension entre prestataires et usagers. Par exemple, certaines femmes ont confié n'avoir pas été informées de l'imminence d'une opération dans la salle d'accouchement. Raïssa est âgée de 25 ans, elle est mère d'un enfant. Nous lui avons rendu visite après qu'elle ait subi une césarienne. Elle dit avoir suivi six consultations prénatales. Elle portait des jumeaux qui sont morts après la césarienne et qu'elle n'a pas pu voir. Elle confie n'avoir pas été préalablement informée de l'opération qu'elle a subie :

*C'est à la maternité qu'on m'a mis sur la table pour m'amener au bloc, c'est à ce moment que j'ai su qu'on allait m'opérer.*

*(Entretien effectué en février 2004 avec une jeune femme, mère d'un enfant.)*

Parfois, il s'agit d'une information donnée par les personnels qui ne semble pas comprise, car souvent peu explicite. Par exemple, une femme à qui on a annoncé que la cause de son opération provenait de la grosseur de son enfant (alors que sur son dossier il était noté « bassin généralement rétréci »), confie qu'elle fera en sorte que le bébé soit moins gros la prochaine fois et qu'elle évitera pour cela de manger des aliments pouvant favoriser un poids important de l'enfant à l'accouchement. Une autre à qui il a été recommandé, après la césarienne, d'éviter de faire couler de l'eau sur la plaie, a compris qu'elle ne devait pas se laver. C'est au cours de la visite effectuée plusieurs jours après son retour à domicile que le soignant a pu lui expliquer le contenu de ce message ainsi que le bien-fondé de cette recommandation. Les informations sur l'hygiène corporelle, les conduites alimentaires, la reprise de l'activité sexuelle, étaient attendues par les femmes.

### L'AVERSION POUR LA CÉSARIENNE

Plusieurs articles rendant compte de situations au Nigeria, un pays qui connaît aussi un taux bas de césariennes comme le Burkina Faso, décrivent les perceptions des femmes par rapport à l'intervention (Aziken *et al.*, 2007 ; Ezechi *et al.*, 2004 ; Oladapo *et al.*, 2007). Dans l'étude de M. Aziken et ses collaborateurs auprès de 413 femmes au Nigeria, le coût élevé (19,8 %) n'arrive qu'en troisième position dans la liste des raisons pour refuser une césarienne, après la peur de la mort (31,7 %) et la peur de la douleur (29,1 %). Le sentiment d'échec arrive en quatrième position (7,2 %) (Aziken *et al.*, 2007). Plusieurs femmes racontent ne pas s'être senties bien psychologiquement après l'opération. En effet il est souligné que, au Nigeria, les femmes qui n'ont pas réussi à accoucher par voie basse n'ont pas prié assez, ou ont été infidèles à leur mari ou sont des sorcières (Aziken *et al.*, 2007). Dans une autre étude, toujours au Nigeria, par Ezechi et ses collaborateurs auprès de 6 224 patientes, seulement 33,3 % des femmes expliquent que les césariennes sont faites pour des raisons médicales (Ezechi *et al.*, 2004). Les autres motifs invoqués par les femmes établissent que le personnel et les hôpitaux veulent faire du profit (42,7 %), ou que les jeunes médecins veulent se faire la main (29,3 %). Dans une étude au Ghana auprès de 145 femmes césarisées, il ressort que 55,2 % préfèrent l'accouchement par voie basse à la césarienne avec la seule explication que « *vaginal is best* », qu'il n'y a pas de douleur à long terme, que c'est moins cher et qu'il y a moins de risques de mourir (Danso *et al.*, 2009). Les femmes qui préféreraient la césarienne, la décrivaient comme un type d'accouchement marqué par moins de douleur de travail et une méthode de délivrance rapide et facile. Il n'y avait pas d'associations significatives entre le choix du mode d'accouchement et les caractéristiques individuelles des femmes (âge, statut marital, niveau d'éducation, lieu de résidence). Il est intéressant de constater que, dans les deux groupes, apparaît une peur de la douleur. Les femmes césarisées

veulent échapper aux douleurs des contractions du travail et les femmes qui veulent accoucher par voie basse veulent éviter les douleurs post-césariennes. La peur de mourir pendant ou après une opération de ce type renvoie à une réalité dans beaucoup de pays africains où la mortalité augmente, même en cas de césariennes électives chez des femmes sans facteurs de risque<sup>2</sup> (Oladapo *et al.*, 2007 ; Shah *et al.*, 2009).

#### VULNÉRABILITÉS PLURIELLES : PHYSIQUE, MÉDICALE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

Une femme césarisée en Afrique court plus de risques de mourir que si elle l'est en Amérique latine ou en Asie. C'est ce qui ressort de la grande étude de l'OMS sur la santé maternelle (Shah *et al.*, 2009 ; Souza, 2010 ; Souza *et al.*, 2010). Des problèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels, la mauvaise qualité des soins, des accidents anesthésiques, sont parfois fatals pour les femmes. Les césariennes faites dans des conditions de travail prolongé et d'infection nuisent à une bonne cicatrisation et exposent la femme à un risque de rupture utérine lors d'une prochaine grossesse, qui peut être mortelle si cela se produit au domicile ou dans un petit centre de santé loin de l'hôpital. Dans l'étude MOMA réalisée en Afrique de l'Ouest, le fait d'avoir eu une césarienne multipliait par 11 le risque de rupture utérine lors des grossesses suivantes. Dans ce contexte de faible accès aux soins obstétricaux d'urgence, un tiers des femmes qui ont rencontré ce problème sont mortes (33,3 %) et la moitié ont perdu leur enfant (52 %) (Ould El Joud *et al.*, 2002).

Les soins coûtent chers, ils ne sont pas pris en charge par un système de sécurité sociale et une famille peut s'endetter suite à une césarienne, mettant en péril même la relation du couple. Le mari peut faire sentir à sa femme qu'elle est responsable de l'appauvrissement du foyer et qu'il en choisira une autre pour ses prochains enfants, de peur qu'elle ait encore une césarienne (Ezechi *et al.*, 2004 ; Filippi *et al.*, 2007 ; Storeng *et al.*, 2008). Dans certaines communautés, l'épouse peut se sentir rejetée par les autres femmes parce qu'elle n'a pas été capable d'accoucher par voie basse. Au Nigéria, dans l'étude de O. C. Ezechi et

---

2. *A contrario* au Brésil, par exemple, à l'instar des pays à fort taux de césarienne, le taux dans certaines cliniques peut aller au-delà de 90 %. Dans ce pays où l'on accuse souvent les médecins de chercher la facilité et le profit économique, la réduction des incitations financières visant à supprimer le paiement à l'acte pour les césariennes n'a pas eu d'effets sur l'importance de cette pratique (Nuttall, 2000 ; Quadros, 2000). Ainsi, l'anthropologue D. Béhague qui a fait une étude à Pelotas au Brésil explique pourquoi les femmes brésiliennes, surtout les plus pauvres, mettaient en œuvre des stratégies pour avoir une césarienne. La raison principale de ces demandes consiste à éviter les mauvais traitements du personnel, liés à leur classe sociale et les soins de mauvaise qualité pendant le travail (Béhague, 2002 ; Béhague *et al.*, 2002).

ses collaborateurs, 26,8 % des patientes qui ont déjà eu une césarienne déclarent préférer mourir que d'en avoir une autre (Ezechi *et al.*, 2004). Les raisons pour refuser cette seconde expérience étaient le sentiment d'échec (81,2 %) et l'implication financière (66,5 %). L'étude souligne combien il est important de montrer qu'on est assez forte pour accoucher par voie basse et que l'aversion pour les césariennes est profondément ancrée dans la culture et la tradition, ce qui fait que le niveau d'éducation dans cet échantillon de 6 224 femmes influence très peu leur opinion sur cette intervention. Cette aversion peut mettre en danger des femmes, et O. C. Ezechi rapporte dans son article comment l'une d'entre elles s'est fait rejeter après une césarienne, et accuser de ne pas savoir s'occuper de l'enfant car elle n'avait pas connu la douleur de l'enfantement. À la grossesse suivante, elle est restée bravement le plus longtemps possible dans un petit dispensaire de mission et elle a été transférée en urgence avec une rupture utérine à l'hôpital. Elle a survécu mais a perdu son enfant et a dû subir une hystérectomie (Ezechi *et al.*, 2004).

En plus des dépenses qu'elle est susceptible d'occasionner, la césarienne est également perçue comme un acte susceptible d'ôter la vie à la parturiente ou de lui laisser des séquelles. Elle est considérée par exemple comme un acte qui fragilise la femme et joue par conséquent sur son aptitude à travailler et à procréer (Dozon & Fassin, 2001).

*Avec l'opération ? Elle sera fatiguée, elle ne pourra même plus faire les travaux que tu auras besoin qu'elle fasse, alors que ce n'est pas à Ouagadougou ici seulement qu'on va vivre. Si jamais ça ne va pas, on peut être amenés à retourner au village pour cultiver. Si elle ne peut pas cultiver ? Tu fais comment ? Alors que moi dans ma vie, je ne veux pas épouser deux femmes ou bien trois femmes. C'est un truc que je ne voudrais pas que le Bon Dieu fasse que ça m'arrive.*

*(Propos du conjoint d'une femme évacuée et césarisée.)*

Les femmes et leurs proches pensent que l'intervention chirurgicale peut endommager certains organes du système reproductif et rendre la femme stérile ou créer une impossibilité pour celle-ci d'accoucher par voie basse. Devenue fragile sur le plan physique et dans sa capacité à procréer, l'épouse aura du mal, dans ces conditions, à prétendre au statut de femme dans son foyer. Cela peut conduire le mari à en rechercher une autre. Il peut aussi arriver qu'une femme soit répudiée par son conjoint et contrainte de retourner chez ses parents à l'issue de l'intervention (Dozon & Fassin, 2001).

## CONCLUSION

Pour les femmes et leurs familles, l'épreuve de la césarienne implique des enjeux pluriels. Les perceptions culturelles associent l'une des dimensions de la féminité à l'accouchement par voie basse. Dans cette perspective, l'accou-

chement par césarienne n'est pas valorisé par les femmes et leur entourage. Cet acte opératoire est perçu comme un échec par les femmes à la recherche d'une confirmation de leur statut de mère. Les implications économiques ne sont pas moindres. La césarienne entraîne des coûts financiers importants pour les unités domestiques urbaines et rurales. Même lorsqu'il existe un système d'allègement des coûts financiers, ceux-ci restent importants pour les familles et notamment pour les hommes qui assurent socialement la prise en charge des dépenses de santé. Existe donc bien souvent un sentiment de culpabilité du côté des femmes ; celui d'avoir été à l'origine de frais supplémentaires. La crainte après une césarienne de devoir en subir d'autres est manifestée aussi bien par les épouses que par les maris qui ont vécu l'expérience des dépenses occasionnées par une telle opération. Les césariennes peuvent contribuer à fragiliser les relations de couple. Les craintes formulées rendent compte aussi d'une crise de confiance à l'égard de cet acte médical et de ses conséquences sur la santé : craintes de la mort et craintes d'effets secondaires.

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- AZIKEN M., OMO-AGHOJA L., OKONOFUA F., 2007. « Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 1, 42-47
- BÉHAGUE D. P., 2002. « Beyond the simple economics of cesarean section birthing : women's resistance to social inequality », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 26, 4, 473-507
- BÉHAGUE D. P., VICTORA C. G., BARROS F. C., 2002. « Consumer demand for caesarean sections in Brazil : informed decision making, patient choice, or social inequality ? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods », *BMJ*, 324, 7343, 942-945
- BORGHI J., HANSON K., ACQUAH C. A., EKANMIAN G., FILIPPI V., RONSMANS C., BRUGHA R., BROWNE E., ALIHONOU E., 2003. « Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana », *Health Policy & Planning*, 18, 4, 383-390
- BORGHI J., STORENG K. T., FILIPPI V., 2008. « Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households ». In : F. RICHARD, S. WITTER, V. DE BROUWERE (eds), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-incomes countries*, 24, Antwerp, ITG Press, p.23-46
- DANSO K., SCHWANDT H., TURPIN C., SEFFAH J., SAMBA A., HINDIN M., 2009. « Preference of ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum », *Ghana Medical Journal*, 43, 1, 29-33
- DE BROUWERE V., DUBOURG D., RICHARD F., VAN LERBERGHE W., 2002. « Need for caesarean sections in west Africa », *The Lancet*, 359, 9310, 974-975
- DOZON J.-P., FASSIN D. (eds), 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- DUMONT A., DE BERNIS L., BOUVIER-COLLE M.-H., BREART G., 2001. « Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa : a systematic review », *The Lancet*, 358, 9290, 1328-1333

## ACCOMPAGNER LES FEMMES À LA MATERNITÉ AU BURKINA FASO

- EZECHI O. C., FASUBAA O. B., KALU B. E., NWOKORO C. A., OBIESIE L. O., 2004. « Caesarean delivery : why the aversion ? », *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21, 2, 164-167
- FILIPPI V., GANABA R., BAGGALEY R. F., MARSHALL T., STORENG K.T., SOMBIE I., OUATTARA F., OUEDRAOGO T., AKOUM M., MEDA N., 2007. « Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso : a longitudinal study », *The Lancet*, 370, 9595, 1329-1337
- FRANCOME C., SAVAGE W., 1993. « Caesarean section in Britain and the United States 12 % or 24 % : is either the right rate ? », *Social Science & Medicine*, 37, 1199-1218
- GRUÉNAIS M.-É., OUATTARA F., 2010. « Le "prix de l'accouchement". La prise en charge de la grossesse en Afrique Subsaharienne ». In : G. CRESSON, M. MEBTOUL (eds), *Familles et santé : le regard des sciences sociales*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p.215-228
- KING C. R., 1991. « The New York Maternal Mortality Study : a conflict of professionalization », *Bulletin of the History of Medicine*, 65, 4, 476-502
- NUTTALL C., 2000. « Caesarean section controversy. The caesarean culture of Brazil », *BMJ*, 320, 7241, 1074
- O'DRISCOLL K., FOLEY M., 1983. « Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates », *Obstetrics & Gynecology*, 61, 1-5
- OLADAPO O. T., LAMINA M. A., SULE-ODU A. O., 2007. « Maternal morbidity and mortality associated with elective caesarean delivery at a university hospital in Nigeria », *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 47, 110-114
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., MOUMOUNI A., SOULEY A., 2000. « "L'accouchement c'est la guerre" : accoucher en milieu rural nigérien », *Afrique contemporaine*, édition spéciale, 195, 136-154
- O'SULLIVAN J. F., 1990. « Caesarean Birth », *The Ulster Medical Journal*, 56, 1,1-10
- OUATTARA F., BATIONO F., GRUÉNAIS M.-É., 2009. « Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Autrepart*, 52, 79-92
- OUEDRAOGO R., 2006. *Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso)*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Ouagadougou.
- OULD EL JOUD D., PRUAL A., VANGEENDERHUYSEN C., BOUVIER-COLLE M. H., 2002. « Epidemiological features of uterine rupture in West Africa (MOMA Study) », *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 16, 2, 108-114
- PORGES R. F., 1985. « The response of the New York Obstetrical Society to the report by the New York Academy of Medicine on maternal mortality, 1933-1934 », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 152, 6, 642-649
- QUADROS L. G., 2000. « Caesarean section controversy. Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean sections [letter] », *BMJ*, 320, 7241, 1072
- SHAH A., FAWOLE B., M'IMUNYA J. M., AMOKRANE F., NAFIOU I., WOLOMBY J. J., MUGERWA K., NEVES I., NGUTI R., KUBLICKAS M., MATHAI M., 2009. « Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107, 3, 191-197
- SOUZA J. P., 2010. « Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers », Policy brief WHO/RHR/HRP/10.20, Geneva, World Health Organization.
- SOUZA J. P., GÜLMEZOĞLU A., LUMBIGANON P., LAOPAIBOON M., CARROLI G., FAWOLE B., RUYAN P., 2010. « 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 Medicine*, 8, 71

## QUAND LA CÉSARIENNE REND LES FEMMES ENCORE PLUS VULNÉRABLES

- STORENG K. T., BAGGALEY R. F., GANABA R., OUATTARA F., AKOUM M. S., FILIPPI V., 2008. « Paying the price : the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso », *Social Science & Medicine*, 66, 3, 545-557
- THE LANCET, 1997. « What is the right number of caesarean sections ? », *The Lancet*, 349, 9055, 815
- UON NETWORK, 2003. *L'approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures : Étude comparative Bénin, Burkina Faso, Haïti, Mali, Maroc, Niger, Pakistan et Tanzanie*, Antwerp, Institute of Tropical Medicine.

Ouattara Fatoumata, Richard F.

Quand la césarienne rend les femmes encore plus vulnérables.

In Ouattara Fatoumata (ed.), Gruénais M.E. (ed.), Richard F. (ed.), Ouédraogo C. (ed.). Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso : anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2016, 135-147.

(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-2-343-10623-6