

Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

30 | 2025

La césarienne dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales

Dossier thématique

Introduction

La césarienne dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales

Globalised caesareans: between medical standardisation and local realities

CAROLINE CHAUTEMS, IRENE MAFFI ET AINHOA SÁENZ MORALES

<https://doi.org/10.4000/1411d>

Texte intégral

La césarienne comme accomplissement de la médicalisation de la naissance

- ¹ Les anthropologues considèrent la naissance comme un événement élémentaire dans l'existence d'un être humain (Augé, 1984) se situant à la croisée de la biologie et de la culture (Jordan, 1993). Depuis la fin du XVIII^e siècle, la naissance est devenue également un événement biomédical dans la mesure où elle a été définie, représentée et traitée comme nécessitant une prise en charge par les médecins et les sages-femmes formées dans les écoles de médecine (Cesbron & Knibiehler, 2004 ; Oakley, 1984). La médicalisation des processus reproductifs s'est intensifiée avec la généralisation des accouchements hospitaliers au cours de la seconde moitié du XX^e siècle dans les pays des Nord et quelques décennies plus tard dans ceux des Suds. Cette progressive médicalisation et technicisation des accouchements, qui est allée de pair avec les avancées de la biomédecine, s'est traduite par une augmentation exponentielle des naissances par césarienne à partir des années 1970 en Amérique du Nord et en Europe (Savage, 2000). L'« épidémie de césariennes » (Savage, 2000) a amené l'Organisation mondiale de la



santé (OMS) à prendre position pour la première fois en 1985, en recommandant de ne pas dépasser un taux de césarienne de 10 à 15 %, seuil au-delà duquel non seulement aucun bénéfice n'est enregistré, mais une aggravation de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile est même constatée (Sandall *et al.*, 2018).

- 2 Selon les deux gynécologues nord-américains Clarel Antoine et Bruce Young :

La césarienne reste une intervention à haut risque malgré les progrès des procédures chirurgicales, des techniques d'anesthésie, des banques de sang et de l'antibiothérapie. L'intervention peut avoir des effets à court et à long terme sur la santé des femmes et des enfants¹. (Antoine & Young, 2021 : 8)

- 3 La cicatrice de la césarienne génère fréquemment des anomalies dans la placentation (placenta accreta et placenta prævia) lors des grossesses suivantes, qui sont à l'origine d'hémorragies intrapartum pouvant mener au décès de la mère ou personne qui a donné naissance² et de l'enfant, ou au développement de pathologies importantes (Antoine & Young, 2021 : 7). Les hospitalisations en néonatalogie ont aussi beaucoup augmenté avec la hausse des taux de césariennes en raison des naissances prématurées, de la détresse respiratoire ou d'autres pathologies liées à l'opération comme des blessures causées au fœtus. Des effets à long terme pour les mères et les personnes qui donnent naissance comme pour les enfants, ont aussi été documentés. Pour les premières, il s'agit « d'adhérences chirurgicales, douleurs, infertilité ou subfertilité, saignements irréguliers, rapports sexuels douloureux, règles douloureuses et endométriose³ » (Antoine & Young, 2021 : 8), tandis que pour les enfants, il peut s'agir de « développement immunitaire altéré, microbiome intestinal réduit, obésité infantile tardive et asthme⁴ » (Antoine & Young, 2021 : 9). À cette augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile en lien avec des taux de césariennes élevés, il faut ajouter que certaines catégories de la population dans les pays à haut revenu et les femmes en général dans les pays les plus pauvres courent des risques encore plus importants soit en raison des discriminations et des violences raciales qu'elles subissent, soit à cause d'une prise en charge inadéquate. Aux États-Unis, selon Dána-Ain Davis, dans l'année qui suit la naissance, les mères noires meurent trois à quatre fois plus souvent que les mères blanches (Davis, 2020 : 59) et leur taux de mortalité est aussi lié à la césarienne (Antoine & Young, 2021 : 11). En France, en 2008, les mères d'origine africaine étaient plus nombreuses à avoir subi une césarienne que les mères blanches (35 % versus 19,9 %) et avaient cinq fois plus de probabilité de décéder au cours de la grossesse et de l'accouchement que ces dernières (Sauvegrain, 2013 : 120). Dans des pays comme le Brésil où plus de la moitié des femmes donnent naissance par césarienne, les femmes afrodescendantes et leurs enfants présentent également des taux de mortalité beaucoup plus élevés que les femmes blanches et leurs enfants à cause du racisme médical auquel elles et ils sont sujet-te-s (Williamson, 2021).

- 4 Dans les pays à très bas revenus, où le personnel médical qualifié et les technologies nécessaires ne sont pas disponibles ou ne le sont que dans certaines zones urbaines, les taux de césariennes sont au contraire trop faibles. Ici, la mortalité maternelle et infantile élevée est à mettre en relation avec un accès réduit aux soins obstétricaux et à l'impossibilité d'obtenir une prise en charge adéquate en cas de nécessité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Trois quarts des vingt-huit pays qui affichent des taux de césariennes inférieurs à 5 % se trouvent en Afrique subsaharienne, les autres étant situés au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Est (Dumont & Guilmoto, 2020). En revanche, plusieurs pays des Suds ont des taux largement au-dessus des recommandations de l'OMS, tels que la République dominicaine (58,1 % en 2012), le Chili (49,6 % en 2012) et l'Égypte (51,8 % en 2014)⁵.

- 5 Même dans les pays d'Afrique subsaharienne à bas revenu, on assiste parfois à des hausses spectaculaires des taux de césariennes à la suite de changements de politiques étatiques. Par exemple, au Sénégal, entre 2006, année de lancement d'une politique visant à rembourser les césariennes, et 2007, le nombre de césariennes a augmenté de 124 % avec des variations importantes entre les régions et les hôpitaux (Mbaye *et al.*, 2011). À l'époque de cette réforme, le taux moyen dans les centres hospitaliers du pays était de 21 %, alors que dans certains établissements, 50 % des femmes accouchaient par césarienne (Mbaye *et al.*, 2011). Elhadji Mamadou Mbaye et ses collègues remarquent que « [a]u Sénégal, si 4,7 % des femmes



enceintes décèdent durant les interventions chirurgicales, 67 % de ces décès interviennent durant la césarienne » (Mbaye *et al.*, 2011 : 2). Aujourd'hui, le recours différentiel à la césarienne produit des écarts très importants entre continents, entre États et entre régions au sein de ces derniers. Bien que l'on constate une tendance prononcée à la hausse des césariennes dans le monde (Betran *et al.*, 2021), des abus et carences se perpétuent en fonction des ressources dont disposent les pays.

- 6 Dans la plupart des États, les taux de césariennes diffèrent fortement entre le secteur public et le secteur privé : ils sont beaucoup plus élevés dans le second que dans le premier. Par exemple, en 2019 au Brésil, plus de 80 % des naissances dans le secteur privé étaient des césariennes contre une moyenne nationale tous secteurs confondus de 56,3 %, taux auquel contribuent fortement les cliniques privées (Soares Dias *et al.*, 2022). Parmi les facteurs qui contribuent à déterminer le recours différencié à la césarienne figurent les cultures biomédicales spécifiques (Davis-Floyd & Premkumar, 2023 ; McCallum, 2005 ; Akrich & Pasveer, 1996 ; De Vries, 2004), des représentations socioculturelles situées (Davis-Floyd, 2022 ; De Mello e Souza, 1994 ; Jordan, 1993), les intérêts économiques variables des secteurs privé et public (Bhatia *et al.*, 2020 ; Block, 2007), les politiques étatiques de financement de la santé (Mbaye *et al.*, 2011), des pertes de savoir-faire obstétricaux (Dumont & Guilmoto, 2020), l'organisation des soins hospitaliers (Kuan, 2014 ; Schantz *et al.*, 2019), les caractéristiques du système judiciaire (Van Teijlingen *et al.*, 2005), la disponibilité de personnel formé et de technologies, ainsi que l'accès aux structures sanitaires. Sans vouloir minimiser les autres éléments susmentionnés dans le recours croissant à la césarienne, un rôle crucial incombe à la culture biomédicale renforcée par les progrès technologiques qui ont rendu possible un interventionnisme croissant dans les processus de la naissance. La conception de la naissance de Joseph De Lee, un des fondateurs de l'obstétrique contemporaine aux États-Unis, est révélatrice de l'esprit de cette spécialité médicale. Dans son article « Obstetrics versus Midwifery » (1934), De Lee décrit avec lucidité les fondements de l'obstétrique qui était en train de s'affirmer, en illustrant les effets de l'accouchement sur le corps de la femme et de l'enfant :

Je ne peux que mentionner les dommages causés par le travail à la structure du tissu conjonctif pelvien et les fréquentes rectocèle, cystocèle, descente de l'utérus, vulve dilatée et infection de bas grade avec le long et misérable cortège de symptômes qui, s'ils ne les rendent pas invalides, détruisent le plaisir de vivre chez tant de femmes et ajoutent aux conditions qui font le malheur de la famille et du mariage. Les femmes s'épuisent à porter des enfants et de nombreux maris n'aiment pas une femme malade et insensible. Qu'en est-il du bébé ? Dès le début du travail, les problèmes commencent. Chaque contraction utérine pousse le sang dans son système vasculaire et surcharge légèrement son cœur. Ce phénomène s'accroît après la rupture de la poche des eaux. C'est peut-être ainsi que s'expliquent certains cas d'atélectasie après l'accouchement et les troubles métaboliques particuliers du début de la vie⁶. (De Lee, 1934 : 310)

- 7 De Lee affirme que les enfants nés par césarienne jouissent d'une bien meilleure santé que ceux nés par voie basse et que la césarienne « peut être la meilleure expression de l'obstétrique » permettant aux femmes qui demandent un accouchement « sûr, libre de douleurs non nécessaires, d'une durée raisonnable » de retourner à un état d'intégrité complet (De Lee, 1934 : 311). Les représentations pathologisantes et socialement normatives de la naissance que l'obstétrique véhicule à travers des discours anxiogènes et des pratiques accrues de surveillance de la grossesse et de l'accouchement contribuent à donner forme aux conceptions de la naissance des parents et à orienter les politiques sanitaires des institutions de nombreux pays. L'étude de Fouzieyha Towghi (2018) sur « l'économie affective de l'obstétrique » au Pakistan illustre bien la globalisation de la conception pathologisante de la naissance et l'action coercitive qu'elle exerce sur les femmes et leurs familles qui arrêtent de s'adresser aux sages-femmes traditionnelles pour accoucher à l'hôpital.



La césarienne, un mode de naissance

ordinaire ?

- 8 Conséquence de l'évolution historique de l'obstétrique, et plus largement des technologies biomédicales, la césarienne a été normalisée dans de nombreux pays (De Koninck, 1990), et ainsi transformée en un mode de naissance ordinaire et parfois majoritaire. Les progrès technologiques et la technophilie des sociétés contemporaines couplés à une conception du corps féminin considéré comme défaillant et désordonné (Martin, 2001) ont fondamentalement contribué à ce processus qui présuppose que la naissance nécessite de multiples interventions médicales pour bien se passer (Davis-Floyd, 2022). La rationalité anticipatrice qui caractérise aujourd'hui de nombreuses sociétés (Giddens, 1991 ; Lupton, 2012b) et la volonté de contrôler les processus et les corps reproductifs rendent la césarienne attrayante car elle permet d'appréhender la naissance comme un moment programmable et contrôlable tant par les professionnel-le-s de santé que par les futurs parents, puisque les pères et coparents sont également impliqué-e-s dans les processus décisionnels autour du mode d'accouchement (Göbelez, dans ce numéro). Le fait que la césarienne est une opération majeure est souvent négligé, et les risques qu'elle comporte sont mis de côté au nom d'une vision positive de la technologie, de la volonté de dépasser l'archaïsme de la naissance par voie basse (Malacrida & Boulton, 2014) et de tenter de maîtriser l'incertitude de la naissance en minimisant les risques (Carricaburu, 2007). Cette normalisation est possible surtout dans les pays à haut et moyen revenu où les services de santé sont largement accessibles et les technologies biomédicales comme le personnel formé disponibles, comme déjà évoqué.
- 9 La notion de contrôle appliquée à la naissance, chère à la culture obstétricale (Carricaburu, 2007), est intériorisée et réappropriée par de nombreux parents qui peuvent aujourd'hui demander des césariennes en l'absence d'indications médicales. Des arguments féministes sur le droit de contrôler son corps et des justifications consuméristes propres à l'économie néolibérale dans laquelle s'inscrit le concept de choix sont alors mobilisés dans plusieurs contextes nationaux (Maffi, dans ce numéro). On assiste aujourd'hui à une normalisation de la césarienne non seulement pour des raisons médicales, mais aussi sur demande parentale. De manière plus large, la marchandisation de la naissance (à toutes ses étapes) et son inscription dans l'économie néolibérale sont aujourd'hui un phénomène globalisé (Göbelez, dans ce numéro). À différents degrés en fonction des moyens économiques disponibles, les femmes et leurs familles achètent des services dans divers domaines relatifs à la naissance. Des baby-showers⁷ nord-américaines (Taylor *et al.*, 2004) qui se retrouvent en Turquie où d'anciens rituels s'ajustent aux exigences de distinction sociale de la moyenne et haute bourgeoisie de la capitale (Göbelez, 2024) aux pratiques d'échographies de plaisir – qui n'ont pas un but médical – dans des centres spécialisés, à l'accompagnement par des doulas⁸ (Chautems, 2022), en passant par le choix de la clinique privée proposant le meilleur service d'hôtellerie (Maffi, 2012), il s'agit de biens et services qui s'inscrivent dans une économie de la naissance. À ceci s'ajoutent les marchés des accessoires pour bébés et femmes enceintes, des meubles pour les chambres d'enfant, des landaus, poussettes, sièges auto, des jouets et livres, etc.
- 10 Le recours à la césarienne est aussi lié à des modèles genrés et hétéronormatifs de l'identité féminine selon lesquels l'opération préserverait la fonctionnalité des organes génitaux pour la vie sexuelle et le plaisir du conjoint. C'est la même logique à l'œuvre dans la pratique, dénoncée en France il y a quelques années, appelée *point du mari* « qui consiste à faire un point en plus lors de la suture d'une épisiotomie, dans le but d'accroître le plaisir sexuel du compagnon de la femme, au détriment de celle-ci » (Garcia, 2020 : 33). La périnéorraphie, terme médical pour désigner le point du mari, a d'ailleurs été identifiée et étudiée par Clémence Schantz (2020) au Cambodge, où elle est pratiquée couramment dans la discrétion et souvent ignorée par les femmes qui la subissent.
- 11 D'autre part, la prise en charge hospitalière dans plusieurs pays, dont la Suisse, contribue à perpétuer et renforcer des rôles genrés au sein des familles, en positionnant la mère comme principale responsable du bien-être de l'enfant (Ballif, 2020 ; Lupton, 2012a ; Vozari, 2015) et le père comme figure complémentaire (Chautems & Maffi, 2021). La maternité en tant qu'institution « matrifocalisée » (Truc, 2006) délimite des espaces et des temporalités dans et pendant lesquels les pères et les coparents sont exclu-e-s. Par exemple, le père ou coparent doit



quitter la maternité le soir lorsque le temps réservé aux visites prend fin. Lors d'une naissance par césarienne, cette absence est d'autant plus problématique que la césarienne est envisagée comme un mode de naissance et non pas comme une opération majeure par le personnel de soin du service du post-partum (Wendland, 2007). Les mères doivent rapidement récupérer de la césarienne et accomplir un travail de *care* envers leur nouveau-né, malgré une mobilité réduite et les douleurs post-opératoires. Cette expérience physique du post-opératoire engendre un sentiment de frustration lié à l'impossibilité de s'occuper pleinement de son nouveau-né et influence l'expérience de la naissance (Guilloux, dans ce numéro).

12 Dans les pays des Nord, ce travail de *care* se voit également attribué aux coparents, qui réalisent le premier peau à peau avec le nouveau-né, pendant que la mère est recousue et/ou en observation post-opératoire. Lors de l'hospitalisation de la mère en unité post-partum, ce *care* auprès du nouveau-né par le coparent se poursuit parfois lorsque des dispositifs institutionnels le permettent. Ces dispositifs visant à impliquer les pères et coparents, tels que le *rooming-in* (cohabitation du coparent en chambre avec la mère ou le parent qui a donné naissance et le nouveau-né), en demeurant payants dans de nombreuses maternités publiques, participent à reproduire des inégalités sociales (Sáenz Morales, dans ce numéro). Dès lors, les femmes césariées réalisent un « travail procréatif » (Mathieu & Ruault, 2017) qui diverge en fonction de la présence ou non du coparent et des ressources socio-économiques et familiales.

13 Dans les pays où la naissance chirurgicale est peu accessible, la césarienne est souvent appréhendée de manière négative, allant à l'encontre des représentations corporelles des femmes qui sont parfois très différentes de celles véhiculées par la biomédecine. Par exemple, dans le nord-ouest de l'Inde, les sages-femmes traditionnelles ou *dāī* sont porteuses d'un modèle de naissance qui respecte les conceptions locales du corps féminin et qui se différencie, voire s'oppose au paradigme biomédical. Le refus de l'accouchement par césarienne a permis aux *dāī* de regagner une légitimité entamée par les moyens déployés par l'État pour médicaliser la naissance et éradiquer cette catégorie de soignant-e-s (Gentile, dans ce numéro).

14 Paradoxalement, dans de nombreux pays où la naissance est médicalisée et hautement technicisée, comme la France ou la Suisse, l'accouchement par voie basse est valorisé et considéré comme le « bon » modèle que les (futurs) mères devraient privilégier afin de réaliser leur identité féminine et maternelle et garantir à l'enfant le bien-être et la santé (Sáenz Morales, dans ce numéro). Dans ces deux pays, le monde médical construit une hiérarchie morale et sociale entre les modèles de naissance selon laquelle la césarienne est « inférieure » à l'accouchement par voie basse (Bar, dans ce numéro). Toutefois, en Suisse comme dans d'autres contextes, différentes cultures obstétricales coexistent, déterminant des normes contradictoires puisque dans le secteur privé la césarienne est connotée positivement (Maffi, dans ce numéro). Aux frontières orientales de l'Europe, en Turquie, malgré des taux de césariennes dépassant 60 % des accouchements, la majorité des femmes considèrent que la naissance par voie basse est « plus saine pour la mère et le bébé » et, en 2012, l'État a promulgué une loi pour tenter de diminuer les naissances chirurgicales (Göbelez, dans ce numéro).

15 L'opposition à la césarienne par des expatriées françaises privilégiées en Roumanie, un pays avec un taux de césarienne particulièrement élevé (44,7 % en 2018 selon Berdzuli *et al.*, 2024), met en lumière la façon dont la circulation entre deux systèmes de santé – celui du pays d'origine et celui du pays d'accueil – dans un contexte migratoire, permet de naviguer et éventuellement de se réapproprier différentes normes et pratiques biomédicales (Renaudeau, dans ce numéro).

16 Dans les pays où l'accouchement par césarienne est dévalorisé par une partie du monde médical et par les normes sociales dominantes, les femmes qui ont donné naissance par césarienne malgré leur souhait d'accoucher par voie basse peuvent expérimenter un sentiment d'échec et de désillusion, voire parfois un traumatisme. Ce numéro approfondit les analyses de la manière dont les vécus de la naissance par césarienne varient selon différents facteurs – représentations socioculturelles, écarts entre attentes et expérience de la naissance, ou encore expériences physiques et psychiques du post-opératoire. Il explore également de nouvelles pistes encore peu thématiques : l'agentivité des parents en bloc opératoire, l'influence de la présence du père ou coparent en unité post-partum, l'importance de l'accompagnement des



équipes de soins, en particulier des sages-femmes (Guilloux, dans ce numéro), les cultures biomédicales et obstétricales, les normes de genre et la hiérarchisation des modes d'accouchement, contribuant ainsi à enrichir la littérature en sciences sociales sur la césarienne.

17 Face aux taux élevés de césariennes, certain-e-s obstétricien-ne-s dans les pays des Nords ont élaboré des solutions pour humaniser cette opération. Ces médecins ne souhaitent pas rendre la césarienne plus agréable afin de la normaliser davantage, mais plutôt faciliter l'expérience des parents lorsque l'opération ne peut être évitée. C'est le cas de la césarienne participative, douce ou centrée sur la famille qui a été introduite pour la première fois par une équipe britannique au début des années 2000 (Smith *et al.*, 2008) et qui s'est répandue dans plusieurs pays européens comme la Suisse, la Belgique et la France, bien qu'il n'existe à ce jour aucune statistique nationale ou internationale à ce sujet. Ce type d'intervention prévoit un scénario visant à reproduire la naissance hospitalière par voie basse favorisant une plus grande participation des parents. Elle permet à ces derniers de voir la naissance de leur enfant lorsqu'il est extrait du ventre grâce à l'abaissement du champ opératoire ; de poser immédiatement le bébé sur la poitrine de la mère ou du parent qui a donné naissance, maintenant ainsi l'unité familiale jusqu'à la fin de l'opération⁹ ; ou d'offrir au coparent la possibilité de couper le cordon ombilical. La césarienne participative a également transformé l'expérience des professionnel-le-s de santé qui communiquent davantage avec les parents en salle d'opération que lors d'une césarienne standard et vivent des émotions similaires à celles éprouvées lors d'un accouchement par voie basse, dépassant l'aspect protocolaire de l'opération chirurgicale (Chautems, dans ce numéro).

18 Pour conclure, ce numéro vise à explorer la césarienne en tant que fait social inscrit dans des paysages biomédicaux (Hörbst & Wolf, 2014), technologiques et culturels complexes qui varient en fonction des contextes locaux. Les articles s'interrogent sur les effets de l'augmentation des naissances par césarienne, sur la normalisation de celle-ci et sur les possibles formes de contestation et de résistance qui émergent dans divers contextes socioculturels. Les huit contributions qui composent ce numéro sont centrés sur la France, la Suisse, la Roumanie, la Turquie et l'Inde, et prennent en considération les rapports à la césarienne de diverses catégories d'acteur-ric-e-s : les (futurs) parents, les professionnel-le-s de santé, les mères et les pères. Ils examinent des aspects différents de ces rapports en fonction du groupe d'acteur-ric-e-s considéré. Les professionnel-le-s de la santé sont au centre de l'article de Caroline Chautems qui s'intéresse à la manière dont elles et ils pratiquent une technique spécifique de césarienne dite participative. Maëlys Bar croise les perspectives des professionnel-le-s de santé et des mères pour montrer comment les représentations de la césarienne comme naissance « inférieure » à l'accouchement par voie basse contribuent à maintenir le taux de césarienne stable en France. Cette hiérarchisation des voies d'accouchement se retrouve aussi dans la contribution de Lucia Gentile sur la résistance des femmes indiennes du Gujarat à la naissance chirurgicale et plus largement à la médicalisation du processus de naissance. L'opposition à la césarienne, opération très pratiquée en Roumanie, est aussi un facteur déterminant dans les trajectoires reproductives des femmes françaises expatriées rencontrées par Eva Renaudeau. De son côté, Ronald Guilloux se penche sur l'expérience de la césarienne en urgence en France, montrant que le vécu des femmes n'est pas toujours négatif, malgré le souhait initial d'accoucher par voie basse. Irene Maffi s'intéresse, en revanche, aux récits des femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale en Suisse, essayant à travers leurs discours de complexifier la catégorie de « césarienne sur demande maternelle », présente dans la littérature médicale. Selen Göbelez s'interroge sur l'« épidémie de césariennes » en Turquie où en vingt ans, elles sont passées de 21 % à 62,8 % des naissances, donnant à voir un paysage médical, social et institutionnel complexe au sein duquel les femmes doivent naviguer. Seul l'article d'Ainhoa Sáenz Morales s'intéresse à l'expérience et au rôle des pères lors d'une naissance par césarienne, explorant d'une part comment la césarienne opère des réajustements de normes de genres, notamment lorsque les pères réalisent des pratiques de *care* comme le peau à peau ; et d'autres part comment les dispositifs hospitaliers renforcent les identités genrées et l'hétéronormativité, et créent des masculinités alternatives modelées par la classe sociale et l'origine.



Bibliographie

- AKRICH M. et PASVEER B., 1996. *Comment la naissance vient aux femmes*. Paris, Synthélabo.
- ANTOINE C. et YOUNG B. K., 2021. « Cesarean Section One Hundred Years 1920-2020: The Good, the Bad and the Ugly », *Journal of Perinatal Medicine*, 49, 1 : 5-16.
- AUGÉ M., 1984. « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », In AUGÉ M. et HERZLICH C. (dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines : 35-92.
- BALLIF E., 2020. « Policing the maternal mind: Maternal health, psychological government and Swiss pregnancy politics », *Social Politics*, 27, 1 : 74-96.
DOI : 10.1093/sp/jxy041
- BERDZULI N., LLOP-GIRONES A., FARCASANU D., BUTU C., GRBIC M. et BETRAN A. P., 2024. « From Evidence to Tailored Decision-Making: A Qualitative Research of Barriers and Facilitating Factors for the Implementation of Non-Clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Section in Romania », *BMJ Open*, 14, 2 : 1-9.
DOI : 10.1136/bmjopen-2022-065004
- BETRAN A. P., YE J., MOLLER A. B., SOUZA J. P. et ZHANG J., 2021. « Trends and Projections of Caesarean Section Rates: Global and Regional Estimates », *BMJ Global Health*, 6, 6 : e005671.
DOI : 10.1136/bmjgh-2021-005671
- BHATIA M., DWIVEDI L. K., BANERJEE K. et DIXIT P., 2020. « An Epidemic of Avoidable Caesarean Deliveries in the Private Sector in India: Is Physician-Induced Demand at Play? », *Social Science & Medicine*, 265 : 113511.
- BLOCK J., 2007. *Pushed. The Painful Truth about Childbirth and Modern Maternity Care*. Philadelphie, Da Capo Press.
- CARRICABURU D., 2007. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47, 2 : 123-144.
- CESBRON P. et KNIBIEHLER Y., 2004. *La Naissance en Occident*. Paris, Albin Michel.
- CHAUTEMS C. et MAFFI I., 2021. « Mères et pères face à l'allaitement : savoirs experts et rapports de genre à l'hôpital et à domicile en Suisse », *Nouvelles Questions Féministes*, 40, 1 : 35-51.
DOI : 10.3917/nqf.401.0035
- CHAUTEMS C., 2022. « 'Restoring the Sacred Part of Birth': Doula Care and Cesarean Birth in Switzerland », *Medical Anthropology*, 41, 5 : 560-573.
DOI : 10.1080/01459740.2022.2098492
- DAVIS D.-A., 2020. « Reproducing while Black: The Crisis of Black Maternal Health, Obstetric Racism and Assisted Reproductive Technology », *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 11 : 56-64.
DOI : 10.1016/j.rbms.2020.10.001
- DAVIS-FLOYD R., 2022. *Birth as an American Rite of Passage*, 3^e éd. Abingdon & New York, Routledge.
- DAVIS-FLOYD R. et PREMKUMAR E. (dir.), 2023. *Cognition, Risk and Responsibility in Obstetrics. Anthropological Analyses and Critiques of Obstetricians Practices*. Londres & New York, Routledge.
- DE KONINCK M., 1990. « La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts », *Anthropologie et Sociétés*, 14, 1 : 25-41.
DOI : 10.7202/015110ar
- DE LEE J. B., 1934. « Obstetrics versus Midwifery: Chairman's Address », *Journal of the American Medical Association*, 103, 5 : 307-311.
DOI : 10.1001/jama.1934.02750310001001
- DE MELLO E SOUZA C., 1994. « C-Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patients' Rights in Brazil », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3, 3 : 359-366.
- DE VRIES R., 2004. *A Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care*. Philadelphie, Temple University Press.
DOI : 10.5117/9789053567418
- DUMONT A. et GUILMOTO C. Z., 2020. « Trop et pas assez à la fois : Le double fardeau de la césarienne », *Population & Sociétés*, 581 : 1-4.
DOI : 10.3917/popsoc.581.0001
- GARCIA A., 2020. « Violences obstétricales, le point de vue des usagères », *Sages-femmes*, 19, 1 : 33-36.
- GIDDENS A., 1991. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Polity Press.
- GÖBELEZ S., 2024. « L'épreuve de la maternité. Expériences de l'enfantement en Turquie contemporaine : entre médicalisation, marchandisation et natalisme », Thèse de doctorat, Marseille, EHES.
- HÖRBST V. et WOLF A., 2014. « ARVs and ARTs: Medicoscapes and the Unequal Place-Making for



Biomedical Treatments in Sub-Saharan Africa », *Medical Anthropology Quarterly*, 28, 2 : 182-202.

DOI : 10.1111/maq.12091

JORDAN B., 1993. *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove, Waveland Press.

KUAN C.-I., 2014. « "Suffering Twice": The Gender Politics of Cesarean Sections in Taiwan », *Medical Anthropology Quarterly*, 28, 3 : 399-418.

DOI : 10.1111/maq.12103

LUPTON D., 2012a. « "Precious Cargo": Foetal Subjects, Risk and Reproductive Citizenship », *Critical Public Health*, 22, 3 : 329-340.

LUPTON D., 2012b. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

MAFFI I., 2012. *Women, Health and the State in the Middle East: The Politics and Culture of Childbirth in Jordan*. Londres, IB Tauris.

MALACRIDA C. et BOULTON T., 2014. « The Best Laid Plans? Women's Choices, Expectations and Experiences in Childbirth », *Health*, 18, 1 : 41-59.

MARTIN E., 2001 [1987]. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, Beacon Press.

MATHIEU M. et RUAULT L. (dir.), 2017. « Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48, 2.

MBAYE E. M., DUMONT A., RIDDE V. et BRIAND V., 2011. « 'En faire plus, pour gagner plus' » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé publique*, 23, 3 : 207-219.

MCCALLUM C., 2005. « Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil », *Sociology of Health & Illness*, 27, 2 : 215-242.

DOI : 10.1111/j.1467-9566.2005.00440.x

OAKLEY A., 1984. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford, Blackwell.

SANDALL J., TRIBE R. M., AVERY L., MOLA G., VISSER G. H., HOMER C. S., GIBBONS D., KELLY N. M., KENNEDY H. P., KIDANTO H., TAYLOR P. et TEMMERMAN M., 2018. « Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children », *The Lancet*, 392, 10155 : 1349-1357.

DOI : 10.1016/S0140-6736(18)31930-5

SAUVEGRAIN P., 2013. « Les parturientes 'africaines' en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières », *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3 : 119-137.

SAVAGE W., 2000. « The Caesarean Section Epidemic », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20, 3 : 223-225.

DOI : 10.1080/01443610050009485

SCHANTZ C., 2020. *Construire le corps féminin : pratiques obstétricales et biomédicalisation de l'accouchement au Cambodge*. Paris, L'Harmattan.

SCHANTZ C., DE LOENZIEN M., GOYET S., RAVIT M., DANCOISNE A. et DUMONT A., 2019. « How is Women's Demand for Caesarean Section Measured? A Systematic Literature Review », *PLOS ONE*, 14, 3 [en ligne], <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213352> (page consultée le 15/04/2024).

DOI : 10.1371/journal.pone.0213352

SMITH J., PLAAT F. et FISK N. M., 2008. « The Natural Cesarean: A Woman-Centred Technique », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 8 : 1037-1042.

SOARES DIAS B. A., LEAL M. D. C., ESTEVES-PEREIRA A. P. et NAKAMURA-PEREIRA M., 2022. « Variations in Cesarean and Repeated Cesarean Section Rates in Brazil According to Gestational Age at Birth and Type of Hospital », *Cad Saude Publica*, 38, 6 : e00073621.

TAYLOR J. S., LAYNE L. L. et WOZNIAK D. F. (eds), 2004. *Consuming Motherhood*. New Brunswick, Rutgers University Press.

TOWGHI F., 2018. « Haunting Expectations of Hospital Births Challenged by Traditional Midwives », *Medical Anthropology*, 37, 8 : 674-687.

DOI : 10.1080/01459740.2018.1520709

TRUC G., 2006. « La paternité en Maternité. Une étude par observation », *Ethnologie française*, 36, 2 : 341-349.

VAN TEIJLINGEN E. R., BENOIT C., WREDE, BOURGEAULT I., SANDALL J. et DE VRIES R., 2005. « Understanding the Social Organisation of Maternity Care Systems: Midwifery as a Touchstone », *Sociology of Health and Illness*, 27, 6 : 722-237.

VOZARI A.-S., 2015. « "Si maman va bien, bébé va bien". La gestion des risques psychiques autour de la



naissance », *Recherches familiales*, 12 : 153-163.

WENDLAND C. L., 2007. « The vanishing mother. Cesarean section and “Evidence-Based Obstetrics” », *Medical Anthropology Quarterly*, 21, 2 : 218-233.
DOI : 10.1525/maq.2007.21.2.218

WILLIAMSON, K. E., 2021. « The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic », *Anthropology & Medicine*, 28, 2 : 172-187.
DOI : 10.1080/13648470.2021.1932416

Notes

1 Traduction des autrices. « *However, cesareans remain a high risk procedure despite the advances in surgical procedures, anesthesia techniques, blood banking and antibiotic therapy. The procedure can lead to short-term and long-term health effects for both women and children.* »

2 Nous utilisons les termes de « personne qui donne naissance » ou « parent gestationnel » en plus de ceux de « mère » ou « femme », afin de reconnaître que des personnes qui ne s'identifient pas comme des femmes – des parents trans ou non binares – portent des grossesses et donnent naissance, notamment par césarienne.

3 Traduction des autrices. « *[S]urgical adhesions, pain, infertility or sub-fertility, irregular bleeding, painful intercourse, painful menses and endometriosis.* »

4 Traduction des autrices. « *[A]ltered immune development, reduced intestinal microbiome, late childhood obesity and asthma.* »

5 Voir OMS, « Global Health Observatory data repository. Births by caesarean section. Data by country », <https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en> (page consultée le 7 mai 2025).

6 Traduction des autrices. « *I can only mention the damage labor makes on the pelvic connective tissue framework, and the frequent rectocele, cystocele, descent of the uterus, patulous vulva and low grade infection with the long and wretched trail of symptoms, which, while they do not incapacitate them, destroy the pleasure of life in so many women and which add to those conditions that make for domestic and marital unhappiness. Women are used up in bearing children and many husbands don't like an ailing, unresponsive wife. Now how about the baby ? From the very beginning of labor its troubles begin. Every uterine contraction forces blood into its vascular system and gives its heart a slight overload. This is augmented after the rupture of the bag of waters. Thus perhaps may be explained some of the cases of atelectasis following delivery, and the peculiar metabolic disturbances of early life.* » (1934 : 310).

7 Célébrations festives pendant la grossesse, centrées sur le consumérisme et la distribution de cadeaux pour les parents et l'enfant à naître.

8 En tant qu'accompagnatrices non médicales, les doulas apportent un soutien pratique, émotionnel et informatif aux parents tout au long de la période périnatale, de la grossesse au post-partum, accouchement compris.

9 Le plus souvent, après la naissance le nouveau-né est emmené hors de la salle d'opération pour des mesures médicales et un environnement plus chaud, pendant que l'incision est refermée. La durée de séparation est plus ou moins longue en fonction des organisations et structures institutionnelles, avant la réunion de la famille en salle de réveil ou en chambre.

Pour citer cet article

Référence électronique

Caroline Chautems, Irene Maffi et Ainhoa Sáenz Morales, « La césarienne dans le monde, à l'intersection entre paysages médicaux globalisés et logiques locales », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 30 | 2025, mis en ligne le 28 mai 2025, consulté le 11 novembre 2025. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/14412> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/1411d>

Auteurs

Caroline Chautems

•  IDREF : <https://idref.fr/255492464>



VIAF

- **VIAF** : <http://viaf.org/viaf/184162365962225462202>

Université de Lausanne/UNIL-Mouline
caroline.chautems@unil.ch

Articles du même auteur

Améliorer l'expérience des césariennes tout en réduisant leur taux. Perspectives transdisciplinaires sur l'introduction de la césarienne participative en Suisse romande [Texte intégral]

Enhancing caesarean birth experiences while reducing rates: Transdisciplinary perspectives on the introduction of participatory caesareans in French-speaking Switzerland

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 30 | 2025

Quand l'allaitement « fait » la mère [Texte intégral]

Construction du corps maternel et enjeux identitaires autour des pratiques d'allaitement au sein

When breastfeeding 'makes' the mother. Construction of the maternal body and identity issues around breastfeeding practices

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 16 | 2018

Irene Maffi

- **IDREF** : <https://idref.fr/081094434>





• **ORCID** : <https://orcid.org/0000-0002-1489-2623>



VIAF

• **VIAF** : <http://viaf.org/viaf/10122732>

isni

• **ISNI** : <https://isni.org/isni/0000000037375093>





BNF : <http://data.bnf.fr/ark:/12148/cb150001693>

Université de Lausanne, 1015 Lausanne, Suisse
irene.maffi@unil.ch

Articles du même auteur

À qui appartient l'éthique ? Quels impacts sur la recherche en sciences sociales de la santé ?

[Texte intégral]

Who defines ethics? Impact on research in the social sciences of health

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 30 | 2025

Au-delà de la catégorie « césarienne sur demande maternelle ». Cultures médicales et expériences de mères en Suisse romande [Texte intégral]

Beyond the category of "caesarean on maternal request". Medical cultures and mothers' experiences in French-speaking Switzerland

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 30 | 2025

Les transitions existentielles en question [Texte intégral]

Introduction

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 15 | 2017

Ainhoa Sáenz Morales

Université de Lausanne/ UNIL-Mouline
ainhoa.saenzmorales@unil.ch

Articles du même auteur

Les pratiques de care par les pères après une naissance par césarienne : entre réajustements des normes de genre et (re)production d'inégalités [Texte intégral]

Care practices carried out by fathers after a cesarean birth: Between readjustment of gender norms and (re)production of inequalities

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 30 | 2025

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.

