



## ***Note Interdisciplinaire de Santé Publique***

### **Voie d'accouchement dans les pays à faible et moyen revenu : Garantir une prise de décision optimale pour améliorer la santé maternelle et néonatale**

**Camille ETCHEVERRY**

Thèse de doctorat en santé publique, spécialité épidémiologie

Ecole Doctorale Pierre Louis de Santé Publique (ED 393)

Laboratoire du Ceped (UMR 196, IRD - Université Paris Cité)

Université Paris Cité

Directeur de thèse : Alexandre DUMONT & Co-directrice de thèse : Ana Pilar Betrán



## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Contexte .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Problématique .....</b>	<b>5</b>
<b>III. Synthèse des résultats : constats sur les mécanismes non-cliniques influençant le recours à la césarienne.....</b>	<b>6</b>
1. L'effet de la préférence des femmes sur la voie d'accouchement.....	6
2. Comment l'organisation hospitalière influence la voie d'accouchement ?.....	7
<b>IV. Interventions non-cliniques pour améliorer la prise de décision .....</b>	<b>8</b>
1. Accompagnement des femmes pendant le travail.....	8
2. Préparation à la naissance.....	9
3. Interventions visant les professionnels .....	10
<b>IV. Conclusion .....</b>	<b>10</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>11</b>

## Résumé

Les taux mondiaux de césariennes ont considérablement augmenté au cours des 30 dernières années, sans bénéfices évidents pour la santé maternelle et néonatale. En l'absence d'interventions efficaces, les prévisions montrent que ces taux continueront d'augmenter, avec une contribution majeure des pays à revenu faible et intermédiaire, pour atteindre plus de 50% dans certaines régions d'Asie et d'Amérique du Sud. A partir des résultats de thèse qui ont permis d'identifier les facteurs non cliniques influençant la pratique de la césarienne dans 32 hôpitaux ayant des taux de césarienne élevés (au Burkina Faso, en Argentine, en Thaïlande et au Vietnam), cette note interdisciplinaire a pour but de présenter les leviers d'action qui sont à notre disposition pour améliorer la prise de décision pour la voie d'accouchement et la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes dans les pays à faible et moyen revenu.

Les résultats montrent que la préférence des femmes est un élément en partie déterminant de la voie d'accouchement. Pour autant, la préférence pour la césarienne, principalement motivée par une appréhension de l'accouchement par voie basse, est minoritaire et ne peut expliquer les taux élevés de césariennes observés dans les hôpitaux participants. Des facteurs non-cliniques liés aux ressources hospitalières et à l'organisation des soins semblent contribuer à la pratique excessive de cette intervention. Des stratégies reconnues comme efficaces et agissant sur ces déterminants peuvent être adaptées et mises en œuvre pour produire un changement. Elles doivent cibler les femmes en leur offrant des espaces d'informations, de préparation et d'échanges pendant la grossesse et la possibilité d'avoir un accompagnant pour les soutenir durant le travail et l'accouchement. Elles doivent également cibler les professionnels en améliorant leur adhésion aux pratiques cliniques fondées sur des preuves.

Dans les contextes de quatre pays à revenu faible et intermédiaire où la pratique excessive de la césarienne devient préoccupante, plusieurs mécanismes impliquant les femmes, les professionnels de santé et l'environnement des services de maternité ont ainsi été identifiés comme favorisant le recours à cette intervention. Les recherches menées depuis plusieurs années montrent que nous disposons de réponses basées sur les preuves pour répondre à ce problème de santé publique. La priorité est désormais de mettre en place et d'évaluer des stratégies à multiples facettes, tournées vers la pratique de soins respectueux et adaptées aux contextes.

## I. Contexte

Les taux de césariennes ont considérablement augmenté au cours des 30 dernières années, passant d'une moyenne de 7% des naissances mondiales en 1990 à 21% en 2018, avec une grande variabilité entre les régions (1). D'une part, les dernières estimations montrent que de nombreux pays à faible revenu, en particulier en Afrique subsaharienne, ont un taux moyen de césarienne de 5 % ou moins (1), reflétant un accès insuffisant aux soins, des ressources inadéquates et une qualité de soin sub-optimale (2). À l'inverse, de nombreux pays à revenu intermédiaire, notamment en Amérique latine et en Asie, sont confrontés à une surmédicalisation de l'accouchement (2), se traduisant par des taux moyens de césarienne dans ces régions de 42,8 % et 23,1 %, respectivement (1). Cependant, les deux situations coexistent souvent au sein d'un même pays, y compris dans les pays à faible revenu où les femmes les plus privilégiées peuvent avoir accès à une surmédicalisation de l'accouchement (2). L'augmentation observée des taux de césarienne suscite l'inquiétude des professionnels de la santé et des décideurs politiques dans les pays à faible et moyen revenu. En l'absence d'interventions efficaces, les estimations montrent que le taux mondial continuera d'augmenter (jusqu'à 29% estimé en 2030) et que les pays à revenu faible et intermédiaire seront les principaux responsables de cette augmentation, avec des taux de césariennes attendus supérieurs à 50% dans certaines régions d'Asie et d'Amérique du Sud (1). Dans ces contextes, l'augmentation observée des taux de césariennes ne peut s'expliquer uniquement par les besoins médicaux (3–5).

Alors que la césarienne est une intervention chirurgicale pouvant prévenir la mortalité maternelle et néonatale lorsqu'elle est médicalement justifiée, l'augmentation démesurée des taux de césariennes dans certains contextes n'a pas été accompagnée d'une amélioration supplémentaire de la santé maternelle et néonatale (6). En réalité, l'accouchement par césarienne est associé à des risques à court et long termes, affectant la santé des femmes, des enfants et des grossesses futures (7,8). Ainsi, le nombre croissant de césariennes pratiquées sans indication médicale peut avoir des conséquences négatives sur la santé maternelle et néonatale en particulier dans des conditions de soin sous-optimales, entraîner une augmentation inutile des dépenses de santé et représenter un fardeau économique pour les systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu (7–9).

Les raisons de la sur-utilisation de la césarienne sont multifactorielles. Des changements dans les caractéristiques de la population (augmentation des naissances multiples ou des maladies chroniques) ont été proposés pour expliquer cette augmentation. Il est toutefois peu probable que ces changements suffisent à expliquer les fortes augmentations observées et les variations importantes constatées entre les pays (10,11). Les indications médicales ne pouvant à elles seules expliquer la pratique excessive de la césarienne, la contribution de facteurs non cliniques à ce phénomène doit

également être étudiée (12,13). Des facteurs multi-dimensionnels liés aux femmes, aux professionnels de santé ou aux systèmes de soin interagissent et contribuent à l'augmentation de la pratique de la césarienne (4). Etant donné que de nombreux facteurs non cliniques sont potentiellement modifiables, une meilleure compréhension de ces facteurs permettrait de développer des stratégies qui soutiennent la réduction des césariennes non médicalement justifiées dans les pays à faibles et moyens revenus afin d'y améliorer la santé maternelle et néonatale.

## **II. Problématique**

L'objectif de thèse était d'identifier les facteurs non cliniques influençant la pratique de la césarienne sur des femmes à bas risque obstétrical, dans 32 hôpitaux répartis dans quatre pays à faible et moyen revenu (Burkina Faso, Argentine, Thaïlande et Vietnam). Les données analysées dans la thèse proviennent d'une enquête transversale nichée au sein du projet de recherche QUALI-DEC et réalisée entre 2020 et 2022 dans les 32 hôpitaux participant au projet (14). Ces hôpitaux ont la particularité d'avoir des taux de césariennes élevés, supérieurs aux moyennes nationales respectives, notamment parmi les femmes relevant d'un faible risque de césarienne (grossesse normale, unique, sans complications ni antécédents).

Cette note interdisciplinaire a pour but de présenter les leviers d'action qui, soutenus par les résultats obtenus dans ce travail de thèse, sont à notre disposition pour améliorer la prise de décision pour la voie d'accouchement et la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes dans les pays à faible et moyen revenu. Pour cela, cette note s'appuiera également sur les différentes disciplines de la santé publique qui contribuent à analyser les mécanismes impliqués et à développer des stratégies d'amélioration de la qualité des soins. Les stratégies d'action évoquées seront par ailleurs placées dans le contexte des programmes d'action des organisations internationales en santé.

### **III. Synthèse des résultats : constats sur les mécanismes non-cliniques influençant le recours à la césarienne**

#### **1. L'effet de la préférence des femmes sur la voie d'accouchement**

Un des principaux facteurs ayant été mis en avant pour expliquer la pratique excessive de la césarienne est la préférence des femmes enceintes pour ce mode d'accouchement plutôt que pour l'accouchement par voie basse, en particulier chez celles relevant d'un faible de niveau risque de césarienne (4). Le premier objectif de thèse était donc d'évaluer comment la préférence des femmes peut influencer la voie d'accouchement.

Nous avons, dans un premier temps, mesurer la proportion des femmes ayant une préférence pour la césarienne dans les 32 hôpitaux participants et d'identifier les facteurs associés, à partir des données recueillies lors de l'enquête transversale auprès de 1 979 femmes à bas risque en post-partum immédiat. Les résultats des analyses réalisées dans cette thèse montrent que la préférence pour la césarienne est minoritaire parmi les femmes interrogées dans les hôpitaux participants. Parmi les femmes qui ont déclaré une préférence en fin de grossesse, 9 % ont préféré la césarienne, allant de 1,8 % au Burkina Faso à 17,8 % en Thaïlande. Une régression logistique multivariée multi-niveaux a montré que les femmes qui attendaient leur premier enfant étaient significativement plus susceptibles d'avoir une préférence pour la césarienne que celles qui avaient déjà accouché. Ce résultat s'explique par le fait qu'une expérience antérieure de l'accouchement réduit les craintes liées à l'accouchement par voie naturelle (15–17). La préférence pour la césarienne était liée principalement à la peur de la douleur et des complications éventuelles lors d'un accouchement par les voies naturelles et à la perception de la césarienne comme ayant certains avantages, comme celui de mieux ménager son temps ou de programmer une naissance à une date propice (en relation avec des croyances). Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature (17,18).

Dans un second temps, nous avons évalué si la préférence maternelle influence la voie d'accouchement grâce à une analyse par score de propension. Les résultats montrent également que la préférence des femmes est un facteur en partie déterminant de la voie d'accouchement. Autrement dit, les femmes préférant un mode d'accouchement par césarienne ont une probabilité plus élevée d'accoucher par césarienne que celles préférant l'accouchement par voie basse, que ce soit par césarienne programmée (avant le travail) ou en urgence (pendant le travail). Ce résultat peut être le reflet de la pratique de césarienne sur demande maternelle dans les hôpitaux étudiés. Plusieurs mécanismes peuvent inciter les médecins à accepter de réaliser une césarienne sur demande maternelle de césarienne : la peur des litiges en cas d'issue défavorable après un accouchement par voie basse (19–21), les incitations financières associées à la césarienne (21), le manque de compétences et de formation pour

l'accouchement naturel (20,21) ou encore la gestion plus facile des soins (21). Une revue systématique de la littérature a également montré que les obstétriciens considèrent souvent la césarienne comme une option sûre, en particulier la césarienne programmée avant le travail, perçue comme ayant un faible risque de complications (21).

## 2. Comment l'organisation hospitalière influence la voie d'accouchement ?

Parmi les hôpitaux participants au projet QUALI-DEC, les taux de césariennes chez les femmes relevant d'un faible risque varient d'un pays à l'autre, d'un hôpital à l'autre au sein d'un même pays et sont en moyenne plus élevés que ceux attendus dans une population de femmes à bas risque. Notre second objectif était donc d'étudier l'influence des facteurs organisationnels sur le recours à la césarienne dans les 32 hôpitaux étudiés, à partir des données recueillies lors de l'enquête transversale auprès de 2 092 femmes à faible risque de césarienne, en post-partum immédiat.

Le taux moyen de césarienne était de 24,1% dans les 32 hôpitaux participants, dont 4,9% de césarienne programmée avant le travail et 19,3% de césarienne intra-partum (en urgence pendant le travail). Grâce à une régression logistique multivariable multi-niveaux, les résultats de thèse ont montré que certains éléments dans l'environnement ou l'organisation des services de maternité peuvent favoriser la pratique de la césarienne par les équipes qui y travaillent. D'un côté, l'absence de salles d'accouchement individuelles dans l'hôpital augmente le recours à la césarienne programmée. Le manque d'intimité dans les salles d'accouchement communes serait associé à une expérience négative de l'accouchement et à la préférence des femmes pour une césarienne planifiée alors que la possibilité de disposer d'une chambre individuelle rassure les femmes quant à leur intimité, permet généralement à un compagnon d'être présent à leurs côtés et peut les encourager à tenter un accouchement par voie naturelle (18,22). D'un autre côté, les résultats montrent que plus les équipes soignantes sont soumises à une charge de travail excessive, plus le recours à la césarienne pendant le travail augmente. Les services de maternité surchargés sont en fait perçus par le personnel médical comme un obstacle à la qualité des soins et peuvent influencer leur décision de pratiquer une césarienne pendant le travail (21).

En conclusion, les résultats de la recherche montrent que la préférence des femmes est un élément en partie déterminant de la voie d'accouchement. Pour autant, la préférence pour la césarienne, principalement motivée par une appréhension de l'accouchement par voie basse, est minoritaire et ne peut expliquer les taux élevés de césariennes observés dans les hôpitaux participants. Des facteurs non-cliniques liés aux ressources hospitalières, à l'environnement des salles

d'accouchement et à l'organisation des soins pendant le travail semblent également influencer le recours à la césarienne et peuvent contribuer à la pratique excessive de cette intervention dans les 32 hôpitaux étudiés. L'identification de ces mécanismes impliquant les femmes, les professionnels de santé et l'environnement des services de maternité, est importante pour déterminer les interventions efficaces ou les actions nécessaires à mettre en place, afin d'agir sur les facteurs non cliniques impliqués et maîtriser les taux de césariennes dans les contextes où la pratique excessive de cette intervention devient préoccupante.

#### **IV. Interventions non-cliniques pour améliorer la prise de décision**

Depuis plusieurs décennies que l'on constate l'épidémie croissante de césariennes dans de nombreux pays, les acteurs de la santé et de la recherche se sont mobilisés pour évaluer les interventions non-cliniques susceptibles d'inverser la tendance. Nous avons choisi de présenter trois interventions qui ont montré leur efficacité et qui pourraient agir sur les mécanismes responsables du recours excessif à la césarienne dans les hôpitaux étudiés.

##### **1. Accompagnement des femmes pendant le travail**

La synthèse des données de la littérature montre que l'accompagnement continu des femmes pendant le travail et l'accouchement permet de réduire le risque d'accoucher par césarienne (23,24). Cette intervention serait même plus efficace dans les pays à revenu intermédiaire que dans les pays à haut revenu (23). La présence d'un accompagnant réduit l'anxiété ressentie par les femmes en travail et augmente la confiance de ces dernières dans leur capacité à accoucher, grâce au soutien émotionnel et à l'aide apportée (25,26). La présence d'un partenaire aux côtés des femmes en travail permet également d'améliorer la communication entre les professionnels de santé et les femmes et de favoriser la pratique de soins respectueux (25,26). Enfin, la création d'espaces privés nécessaires à l'accueil d'un accompagnant doit également accroître l'intimité et contribuer à réduire la demande maternelle de césarienne (25,26).

L'accompagnement systématique des femmes qui le souhaitent est régulièrement recommandé depuis 2015 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et désormais reconnue comme une intervention non-clinique peu coûteuse et efficace pour réduire les césariennes inappropriées et améliorer la santé maternelle et néonatale (26–28). Selon l'OMS, de nombreux pays

à revenu faible et intermédiaire n'ont pas de politiques de santé en faveur de l'accompagnement des femmes pendant le travail, mettant en évidence la nécessité d'attirer l'attention des décideurs politiques sur ce sujet (26). La priorité est actuellement d'informer les femmes, les professionnels et les responsables des établissements de santé sur les bénéfices de cette intervention, et de soutenir les programmes et les initiatives de recherche visant à mettre en œuvre l'accompagnement systématique des femmes dans les services de maternité (26).

## 2. Préparation à la naissance

Selon une synthèse des données qualitatives, la grande majorité des femmes accueillent positivement les interventions à but éducatif et informationnel (29). Elles expriment par ailleurs le besoin d'avoir des interventions éducatives mais personnalisées qui répondent à leur besoin de soutien émotionnel, de dialogue avec les professionnels de santé et d'informations sur l'accouchement (29). Les résultats de cette synthèse montrent également que la préférence des femmes en matière de format et de contenu de l'information varie d'une femme (ou d'une communauté de femmes) à l'autre et peut même évoluer au cours du temps, d'où l'importance de penser ces interventions de manière personnalisée et en fonction du contexte (29). L'efficacité de l'instauration de cours de préparation à la naissance ou de programmes d'éducation dans les maternités a été évalué dans une revue systématique de la littérature incluant 15 essais randomisés, dont six conduits dans des pays à revenu intermédiaire (5). Les résultats montrent que seuls cinq d'entre eux auraient permis d'y réduire les taux de césariennes (5).

Malgré un faible niveau de preuve, la mise en place de telles interventions auprès des femmes est recommandée depuis 2018 par l'OMS, qui reconnaît ces interventions non-cliniques comme étant efficaces pour endiguer la pratique excessive des césariennes (30). Plusieurs types d'interventions ont été identifiés et sont recommandés : i) des ateliers de formation à l'accouchement, comprenant des sessions sur la peur et la douleur de l'accouchement et des échanges sur les avantages et les inconvénients de chaque mode d'accouchement ; ii) des programmes de formation dédiés à l'apprentissage des techniques de relaxation pour gérer l'anxiété ressentie pendant la grossesse et lors de l'accouchement ; iii) des programmes de prévention psychosociale basé sur le couple, dont le contenu doit favoriser l'autogestion émotionnelle, la résolution des problèmes et conflits, la communication et le soutien mutuel ; iv) des séances de psychoéducation dédiées aux femmes ayant peur de la douleur afin de les informer sur le processus de la naissance et d'échanger autour de leurs peurs (30).

### 3. Interventions visant les professionnels

Les interventions destinées aux professionnels de la santé afin d'optimiser la décision de recourir à une césarienne visent de manière générale à améliorer l'adhésion à une pratique clinique fondée sur des preuves (4). Une synthèse des données qualitatives a montré que les interventions doivent agir sur les croyances personnelles des professionnels de santé vis-à-vis de la césarienne, sur les normes locales au sein des établissements de santé et sur le contrôle des pratiques perçu par les professionnels au sein de leur institution (31). Cette synthèse met également en évidence des préoccupations concernant le manque de ressources dans les services de maternité et des défis spécifiques dans les pays à revenu faible et moyen où les ressources peuvent être insuffisantes (31).

Deux interventions ont montré leur efficacité en matière de réduction du recours à la césarienne à travers les mécanismes précédemment mentionnés : i) la mise en œuvre dans les hôpitaux de *guidelines* (lignes directrices) fondées sur des preuves, combinée à une deuxième opinion obligatoire par un pair avant de réaliser une césarienne ; ii) la mise en œuvre de *guidelines* fondées sur des preuves, combinée à des audits des dossiers de césariennes avec retour d'information au sein des établissements de santé (5). En favorisant les discussions interprofessionnelles nécessaires pour questionner les pratiques et convenir de normes locales, en modifiant les croyances des professionnels vis-à-vis des modes d'accouchement et en améliorant leurs connaissances, ces stratégies doivent permettre le changement de pratique. Ces deux interventions non-cliniques sont recommandées par l'OMS depuis 2018, pour réduire le nombre de césariennes inappropriées (30).

## IV. Conclusion

Dans les contextes de quatre pays à revenu faible et intermédiaire où la pratique excessive de la césarienne devient préoccupante, plusieurs mécanismes impliquant les femmes, les professionnels de santé et l'environnement des services de maternité ont été identifiés comme favorisant le recours à cette intervention. Depuis plusieurs décennies que l'on constate l'épidémie croissante de césariennes dans de nombreux pays, la multiplication des recherches visant à concevoir et tester l'efficacité d'interventions non-cliniques sur ce phénomène nous permet de disposer de réponses basées sur les preuves. Il est évident que des stratégies à multiples facettes, tournées vers la pratique de soins respectueux et adaptées aux contextes sont nécessaires pour répondre à cet enjeu de santé publique. Les acteurs de la santé globale doivent par ailleurs contribuer à soutenir et évaluer les politiques, les programmes et les initiatives de recherche qui visent à mettre en œuvre ces stratégies sur le terrain.

## Bibliographie

1. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 2021 Jun 1;6(6):e005671.
2. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016 Oct 29;388(10056):2176–92.
3. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. 2015 [cited 2021 Nov 23]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=C5F0C940EFD7594686FE1A9529E123E6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=C5F0C940EFD7594686FE1A9529E123E6?sequence=1)
4. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1358–68.
5. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 28;2018(9):CD005528.
6. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, 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 Medicine*. 2010 Nov 10;8(1):71.
7. 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. *PLoS Med*. 2018 Jan 23;15(1):e1002494.
8. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 2018 Oct;392(10155):1349–57.
9. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Althabe F, Merialdi M. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage [Internet]. World Health Organization; 2010 [cited 2021 Nov 23]. (World Health Report). Report No.: 30. Available from: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
10. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. 2016 Mar;123(4):559–68.
11. Räisänen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section - a cross sectional study during 2000-2010 in Finland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Mar 31;14:120.

12. O'Leary C, De Klerk N, Keogh J, Pennell C, De Groot J, York L, et al. Trends in mode of delivery during 1984–2003: can they be explained by pregnancy and delivery complications? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(7):855–64.
13. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1341–8.
14. 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*. 2020 Sep 4;15(1):72.
15. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdóttir H, Steingrimsdóttir T, Schei B, on behalf of the Bidens study group. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2016 Jul 2;37(3):75–83.
16. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011 Jul 1;205(1):45.e1-45.e9.
17. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*. 2020 Jul 1;33(4):323–33.
18. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLoS ONE*. 2021 May 5;16(5):1–23.
19. 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*. 2020 Feb 21;8(1):41.
20. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecke MD, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2018 Oct;15(10):e1002672.
21. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS One*. 2018 Jul 27;13(7):e0200941.
22. Valizadeh F, Heshmat F, Mohammadi S, Motaghi Z. Affecting Factors of Parturient Women's Privacy Preservation in The Maternity Ward: A Qualitative Study. *J Family Reprod Health*. 2021 Sep;15(3):186–95.
23. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 22];(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 15;7:CD003766.

25. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 12];(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012449.pub2/full>
26. Human Reproduction Programme. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care - Evidence-to-action brief [Internet]. World Health Organization; 2020. Report No.: WHO/SRH/20.13. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.13>
27. World Health Organization. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
28. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
29. 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 Jul 24;15(1):130.
30. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Jun 12]. 79 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275377>
31. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Interventions targeted at health professionals to reduce unnecessary caesarean sections: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2018 Dec 16;8(12):e025073.