UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

****

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

VÉCU PSYCHOLOGIQUE DE LA FEMME PRIMIPARE APRÈS UN ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ D'ÉPISIOTOMIE: ÉTUDE RÉALISÉE À ABOMEY-CALAVI ET COTONOU

Réalisé par :

Ifènayé Union TONI

Directeur de mémoire :

Dr Michel M. MEHINTO

Maître-Assistant des Universités/CAMES,
Enseignant-Chercheur à l'Université
D'Abomey-Calavi (Bénin).

Jury:

Président :

Dr Michel MEHINTO

Maître-Assistant des Universités/CAMES,

Enseignant-Chercheur à l'Université

D'Abomey-Calavi (Bénin).

Examinateur :

Dr Aristide AKOVOWANOU
Enseignant-Chercheur à l'Université
D'Abomey-Calavi (Bénin)

Rapporteur :

Dr Modeste OGNIN

Enseignant-Chercheur à l'Université

D'Abomey-Calavi (Bénin).

Mention : Très-Bien

28 Février 2024

Année Académique : 2023-2024

SOMMAIRE

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5

LISTE DES TABLEAUX 6

LISTE DES FIGURES 7

RESUME 8

ABSTRACT 8

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 11

CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 27

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 32

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ... 43

CONCLUSION 49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 51

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES 54

ANNEXES 55

DEDICACES

- A mon père, TONI Emmanuel et,
- A ma mère, AKOTCHAYE Victoire, pour tout l'amour que vous avez toujours porté envers vos enfants. Que cette œuvre soit votre fierté.

REMERCIEMENTS

- A notre Directeur de mémoire, Docteur Michel M. MEHINTO : pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations.
- A tous nos professeurs de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) de l'UAC en général et à nos professeurs du Département de Psychologie (DP) en particulier.
- Au chef du Département de Psychologie, Docteur Ornheilia ZOUNON.
- A l'équipe de l'administration de la FASHS.
- A mes chers parents, frères et sœurs : Rien ne vaut la chaleur familiale. Je vous remercie du fond du cœur pour votre soutien inconditionnel tout au long de cette période d'études.
- A toutes les femmes qui ont acceptées participer à l'étude.
- Aux membres du jury : honorables juges, vous avez généreusement accepté d'apprécier ce travail en dépit de vos multiples occupations. Nous vous adressons notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

RGPH4 2013 : 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitation

SA : Semaine d'Aménhorée

Fig : Figure

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtées selon la tranche d'âges..... 33

Tableau II: Répartition des enquêtées selon leur ethnie et leur situation matrimoniale..... 34

Tableau III: Répartition des enquêtées selon leur situation professionnelle..... 34

LISTE DES FIGURES

Figure I : Tracés de l'incision de l'épisiotomie médio-latérale et médiane (périnéotomie) (Verspyck, 2006). 18

Figure II : Agrandissement de l'anneau vulvaire en cas d'épisiotomie médio-latérale ou de périnéotomie (Verspyck, 2006). 19

RESUME

Cette étude a pour objectif d'analyser l'expérience psychologique, ainsi que le vécu des femmes primipares suite à la méthode d'accouchement qu'est l'épisiotomie. Il s'agit d'une recherche de type qualitatif qui a été menée sur dix-huit (18) femmes mères résidant dans les villes d'Abomey-Calavi et Cotonou. La technique d'échantillonnage utilisée au cours de cette étude est celle de la boule de neige. L'étude examine les répercussions émotionnelles, les défis du post-partum et les stratégies d'adaptation. L'analyse met en évidence le caractère traumatique de l'épisiotomie sur les femmes primipares, qui sont par la suite sujettes à des états dépressifs, de stresse et d'angoisse dans leur nouvelle vie de mère. Les femmes déplorent le manque d'informations, qui conduit à une mauvaise acceptation de l'épisiotomie.

Mots clés : Episiotomie, vécu, primipare, post-partum

ABSTRACT

This study aims to analyze the psychological experience, as well as the experience of first-time women following the delivery method of episiotomy. This is a qualitative type of research which was carried out on eighteen (18) mothers residing in the city of Abomey-Calavi and Cotonou. The sampling technique used during this study is that of the snowball. The study examines emotional impacts, postpartum challenges and coping strategies. The analysis highlights the traumatic nature of episiotomy on first-time women, who are subsequently subject to states of depression, stress and anxiety in their new life as mothers. Women deplore the lack of information, which leads to poor acceptance of episiotomy.

Keywords : Episiotomy, lived, primiparous, postpartum

INTRODUCTION

Au XVIII^{e} siècle et plus précisément en 1742, Sir Fielding Ould, décrit pour la toute première fois la pratique de l'épisiotomie. Cette technique avait pour but de faciliter l'expulsion du bébé lors d'un accouchement par voie basse, et d'éviter les lésions périnéales sévères (Gaubert, 2015). Au fil des années, elle se répand d'abord à travers le monde, notamment dans la sphère professionnelle, avant de devenir au XX^{e} siècle une méthode vraiment fréquente. Aux États-Unis, sa pratique est devenue quasi-systématique (90% des primipares). En France, entre 2010 et 2013, le taux global de l'épisiotomie était de 36%. Elle est également largement pratiquée en Afrique de l'Ouest. C'est ainsi qu'au Nigéria, la fréquence de l'épisiotomie était de 46,6% en 1997 (90% chez les primipares). Au Mali, une étude réalisée par Sacko (2015) au centre de référence de la commune II du district de Bamako en 2015, révèle une fréquence de 15,41%. Au Bénin, une étude faite à l'hôpital de zone de Comè par Atade et coll (2020) révèle de son côté, une fréquence de 9,48%. Ces résultats tendent à montrer que l'épisiotomie est encore plus fréquente chez les primipares à travers le monde. Cependant, d'après plusieurs témoignages recueillis auprès des femmes, la phase post-épisiotomie est une période très pénible et ardue pour elles. A cet effet, plusieurs travaux montrent qu'après une épisiotomie, les femmes sont plus susceptibles de développer une mauvaise image de leur corps et que c'est une pratique qui laisse des séquelles psychologiques (Zielinski et coll, 2017). En France, selon l'étude de Clesse (2018) sur les femmes primipares, l'épisiotomie est associée à la présence de douleurs, dyspareunies et dépression, trois mois après l'accouchement. Elle est également considérée comme un des modes d'accouchement les plus difficilement vécus. Cette étude est d'ailleurs l'une des rares portant sur l'aspect psychologique de la phase post-épisiotomie. En Afrique, et plus précisément au Bénin, l'épisiotomie est une méthode d'accouchement comme les autres et n'a jamais été controversée. La pratique de l'épisiotomie, ici comme ailleurs,

laisserait-elle des séquelles psychologiques aux femmes et surtout à celles primipares ? La question qui se pose, est de savoir comment les femmes nouvellement mères, vivent psychologiquement leur expérience d'accouchement, accompagnée d'épisiotomie. Quel peut être l'impact de l'épisiotomie sur la vie de la femme primipare ?

Dans ce travail, nous traiterons en premier lieu, du cadre théorique et conceptuel de la recherche. En second lieu, nous aborderons les conditions et les méthodes de l'enquête. Après, nous présenterons et analyserons les différents résultats recueillis, et ensuite, nous discuterons ces résultats.

CHAPITRE I :
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

1.1 ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Donner naissance à un enfant est une étape importante, voire indispensable dans la vie d'une femme. Pour cette dernière et pour sa famille, apprendre la venue au monde prochaine d'un enfant, en particulier la première fois est signe de joie, signe d'un évènement merveilleux. Pourtant, ce bonheur s'accompagne généralement d'une expérience assez difficile pour la mère, qui part de la grossesse à la période du post-partum, en passant bien évidemment par l'accouchement. L'étude de Soet et coll (2003) a rapporté qu'un tiers des femmes considèrent leur accouchement comme une expérience traumatique et que l'état de stress post-traumatique à 6 mois de l'accouchement touche 1,5 à 3% des femmes. Toutefois, l'expérience de l'accouchement et du post-partum, déjà très éprouvante pour la nouvelle mère, peut être pire lorsqu'elle est accompagnée d'une intervention instrumentale. En effet, lorsqu'une femme accouche par voie basse, elle est très souvent susceptible de subir une extraction instrumentale (forceps, ventouse, spatule) ou une incision chirurgicale (épisiotomie). Ce sont des techniques utilisées pour ‘‘faciliter’’ la sortie du bébé et ‘‘limiter les déchirures’’, qui peuvent aller du premier au quatrième degré.

La pratique qui attire particulièrement notre attention est celle de l'épisiotomie, lorsqu'elle est faite sur les femmes primipares. Cette technique après avoir vue le jour pour la première fois en Europe, s'est largement répandue dans le monde et se pratique jusqu'à nos jours. Si depuis quelques années, elle est assez controversée en occident au point de susciter un large questionnement et des réformes quant à sa systématisation, elle est très répandue dans les pays sous-développés. Par exemple, en 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait recommandé de ‘’mettre un terme à la pratique excessive’’ de l'incision. Et près de dix ans auparavant, en 1997, elle avait déjà mis en garde le corps médical dans un guide pratique sur les soins liés à un accouchement normal. L'OMS préconisait notamment de réduire ‘’au strict minimum les techniques traumatiques

telles que l'épisiotomie''. En cause : le risque d'infection et la hausse du taux des lésions du périnée et du nombre de femmes ayant un périnée endommagé (Valadyron, 2017). Autrement dit, l'épisiotomie est à la base des nombreuses lésions périnéales et des infections signalées par les femmes après leur accouchement.

Mais pourquoi s'intéresser à un tel sujet ? Ayant grandi dans un milieu composé généralement de femmes plus âgées, nous avons été souvent témoin d'expériences d'accouchement, que ces dernières se racontaient entre elles. A ce moment-là, nous n'avions point connaissance du terme épisiotomie. Mais plutôt de quelques mots, utilisés dans le langage populaire pour le désigner : « agrafe », « déchirer ». Ces mots, en tant que femme, nous faisait très peur et aussi appréhender notre propre accouchement dans le futur. Cette petite expérience a suscité en nous une forte empathie envers les femmes qui subissent cette pratique, pendant et après leur accouchement. Cette dernière étape s'avère encore plus difficile pour elles avec leur nouvelle responsabilité qui est, celle d'être mère. En entrant en psychologie et aussi en grandissant, nous avons compris que l'expérience douloureuse de la femme n'est pas que physique, mais aussi psychologique. Nous avons aussi compris qu'après son accouchement, une femme est tout autant fragile physiquement que mentalement et est sujette à plusieurs types de troubles mentaux, les unes plus graves que les autres, ce que la société ne voit pas toujours (Body et coll, 2015). Nous avons été aussi témoins de quelques anecdotes concernant le vécu des femmes ayant subi l'épisiotomie. A ce moment précis, nous avons compris que ce sujet méritait de susciter l'intérêt du psychologue.

Afin de mieux comprendre le phénomène, nous avons entrepris quelques recherches qui nous ont convaincue du choix de notre objet d'étude. Puisque, nous avons découvert assez rapidement à travers des sites, des articles et des anciens mémoires, que l'épisiotomie est un sujet soulevant assez de polémique dans le

monde. Au-delà de la sphère professionnelle qui l'aborde souvent comme une pratique nécessaire, il y a celle des femmes l'ayant subi qui l'aborde comme une forme de mutilation et un véritable traumatisme. La question qui ne cessait de revenir reste cependant, celle du consentement des femmes.

Toutefois, après avoir pris connaissance de l'article de Valadyron (2017) publié dans Marianne et intitulé *''On m'a retiré ma vie sexuelle'' : l'épisiotomie l'acte qui peut traumatiser autant qu'il humilie*, il a semblé pertinent pour le psychologue que nous sommes appelée à être, de nous intéresser aux raisons subjectives ayant poussé certaines parturientes à adopter des prises de positions aussi tranchées (Clesse, 2018).

Les résultats d'une étude réalisée en 2020, à l'hôpital de zone de la ville de Comè située au Bénin (pays de l'Afrique de l'ouest) pendant un an, révèlent une fréquence de 9,48% de l'épisiotomie. Ils révèlent également qu'«Avant la réalisation de l'épisiotomie, le consentement des parturientes n'avait pas été obtenu dans 82,76% des cas. La douleur ressentie par les parturientes avait été classée intense dans 59,90%. L'anesthésie locale n'avait pas été faite à 77,59% des parturientes. En suite de couches immédiates, les patientes signalaient des douleurs périnéales en position assise ou accroupie (68,97%), lors de la défécation (44,82%) et à la marche (31,03%). A trois mois, les dyspareunies avaient été notées dans 33% (Atade et coll, 2022). Ceci montre la gravité du problème, ainsi que les nombreuses conditions dans lesquelles, les femmes peuvent être affectées mentalement.

De même, Valadyron (2017) indique que l'épisiotomie est un acte assez violent, barbare et agressif. Ça atteint la patiente physiquement et psychologiquement dans son intimité à un moment crucial de sa vie. A long terme, une épisiotomie laisse des séquelles car elle a un impact sur les rapports sexuels de la femme. Quand la période de cicatrisation est mal vécue, elle peut être

associée à l'accouchement, alors que cet événement devrait être considéré comme positif.

Quel est alors le vécu psychologique de la femme primipare après un accouchement accompagné d'épisiotomie à Abomey-Calavi et Cotonou ?

Cette étude consistera à identifier l'impact psychologique de l'épisiotomie dans le désir d'une future grossesse et sur le quotidien des femmes primipares puis, à déterminer l'importance d'une information préalable à propos de l'épisiotomie sur le vécu psychologique des femmes.

1.1.1. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

❖ Hypothèse générale

La jeune mère primipare vit difficilement, physiquement et psychologiquement son accouchement accompagné d'épisiotomie.

❖ Hypothèses spécifiques

- La jeune mère primipare vit mal les transformations dans sa vie, suite à l'épisiotomie ;
- La jeune mère primipare appréhende une future grossesse, et notamment un autre accouchement;
- L'information préalable sur l'épisiotomie pendant la grossesse, facilite son acceptation.

1.1.2. OBJECTIFS

❖ Objectif général

Analyser l'expérience psychologique des femmes primipares victimes d'épisiotomie.

❖ Objectifs spécifiques

- Recenser les facteurs psychologiques intrinsèques et extrinsèques de l'épisiotomie sur la vie post-partum des femmes primipares;
- Identifier l'impact psychologique de l'épisiotomie dans le désir d'une future grossesse ;
- Déterminer l'importance d'une sensibilisation sur l'épisiotomie dans le processus d'épanouissement psychologique des femmes.

1.1. CLARIFICATION CONCEPTUELLE

❖ **Femme**

Selon Larousse (2009), la femme est généralement, un être humain du sexe féminin. Elle représente, par opposition à la jeune fille, un adulte. La femme est définie par ses caractères sexuels, qui lui permettent de concevoir et de mettre au monde des enfants. Dans notre document, le terme femme est abordé dans le sens de la reproduction.

❖ **Femme primipare**

La femme primipare est une femme qui accouche pour la première fois de sa vie, d'un enfant (Larousse, 2009). Il existe un défaut d'utilisation quant à ce thème qui dans le langage populaire, évoque la première grossesse d'une femme. Toutefois, Mylène Tortajada (sage-femme) l'explique, dans les termes employés ‘'il y a une différence entre grossesse et acte d'accouchement, même si nous les appelons les ‘'primi'' dans notre quotidien''. Ainsi, la femme qui attend son premier enfant est primigeste et ne devient primipare qu'en salle de travail, quand elle a accouchée effectivement de ce premier enfant. ‘'Dans ce contexte, une femme qui attend son deuxième enfant reste également une mère primipare jusqu'au deuxième accouchement'' (Regnier, 2022). Ainsi, dans notre document, il s'agit des femmes après le premier accouchement.

❖ **Episiotomie**

Selon Larousse, 2009), l'épisiotomie est une incision de la vulve et des muscles du périnée, pratiquée pour empêcher une déchirure spontanée, lors de certains accouchements. L'épisiotomie est un élargissement chirurgical du vagin, faite au cours de la naissance et est effectuée avec une paire de ciseaux ou un scalpel. Elle est devenue l'une des procédures chirurgicales les plus communes en matière d'accouchement (Martindale, 2003).

Il a été décrit de nombreux types d'épisiotomie, la plupart ayant été abandonnés depuis fort longtemps du fait de leur caractère particulièrement mutilant. Il s'agit en particulier des épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées, et des épisiotomies latérales unilatérales qui sectionnent le 1/3 inférieur de la grande lèvre. En pratique, seules les épisiotomies médianes ou périnéotomies et médio-latérales sont actuellement pratiquées et largement diffusées.

Ainsi, l'épisiotomie médiane ou périnéotomie est dans un premier temps, très répandue aux États-Unis car elle est facile à réparer avec de bons résultats anatomiques à distance et parce qu'elle occasionne de ce fait peu d'hémorragies et de dyspareunies. Elle consiste à pratiquer aux ciseaux droits une section médiane sur 4 cm qui part de la fourchette vulvaire pour se diriger vers l'anus ; elle sépare ainsi les deux muscles bulbo-caverneux au niveau du raphé médian. Elle crée de ce fait une zone de faiblesse médiane qui peut filer vers le bas et provoquer une rupture du sphincter anal dans près de 20 % des cas. C'est pour cette raison que les manuels d'obstétrique français prônent plutôt l'épisiotomie médio-latérale qui comporte un moindre risque sphinctérien (Fig I et II).

Dans un second temps, l'épisiotomie médio-latérale est pratiquée aux ciseaux droits avec une lame positionnée entre la présentation et la partie postérieure de la vulve, l'autre lame étant en dehors. La section doit être franche en partant de la partie médiane de la fourchette et en se dirigeant latéralement et

en dehors vers la région ischiatique (soit un angle de 45° par rapport à la verticale) sur six centimètres en moyenne (Fig I et II).

Elle est par commodité généralement réalisée à droite, les ciseaux étant tenus par la main droite par la plupart des opérateurs (droitiers). Sont successivement sectionnés, la peau et le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverses superficiel, et le muscle puborectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus dans sa totalité. Pour que la section du muscle puborectal soit complète, il faut que l'épisiotomie soit suffisamment grande (au moins 6 cm) et oblique sur la verticale (au moins 45°). Pour obtenir un agrandissement suffisant de l'anneau vulvaire (ovoïde) en dehors de son grand axe (cas de l'épisiotomie médio-latérale), il faut mathématiquement augmenter la longueur de l'incision. On estime que pour obtenir une ouverture vulvaire identique à celle d'une épisiotomie médiane de 4cm, il faut recourir à une épisiotomie médio-latérale de 6cm au moins (Verspyck, 2006).

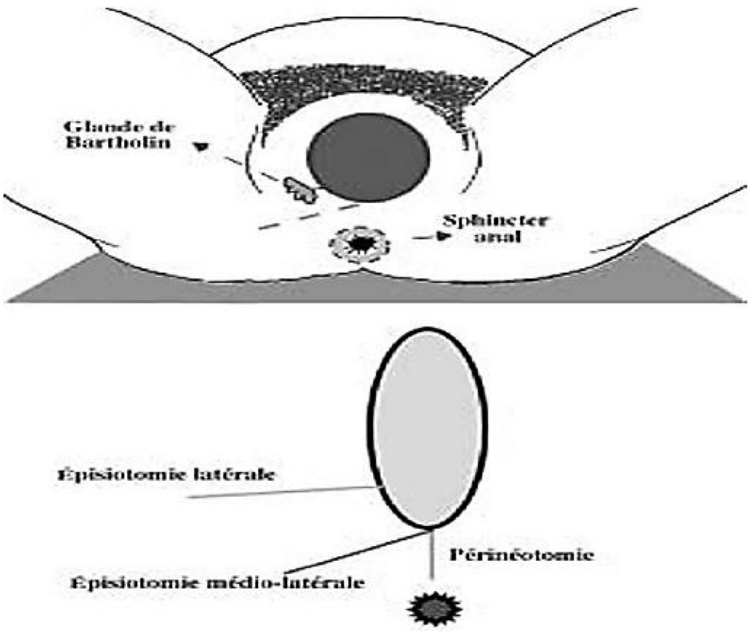


Figure I : Tracés de l'incision de l'épisiotomie médio-latérale et médiane (périnéotomie) (Verspyck, 2006).

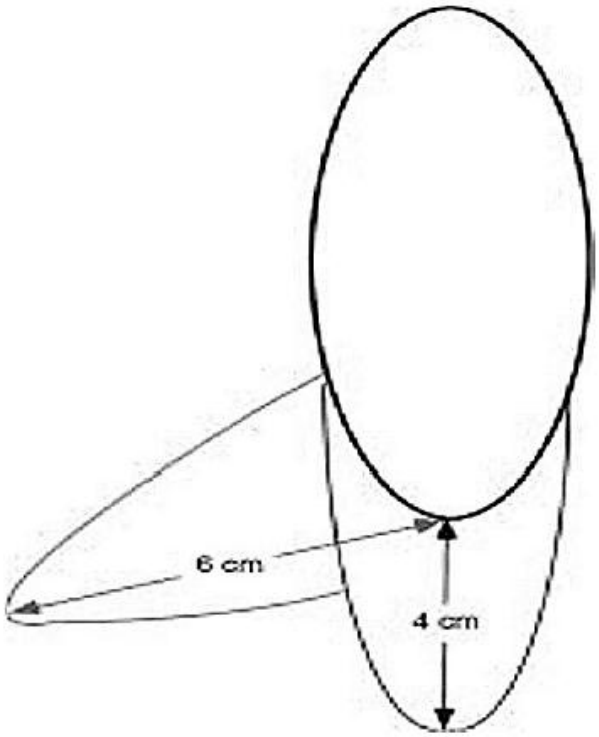


Figure II : Agrandissement de l'anneau vulvaire en cas d'épisiotomie médio-latérale ou de périnéotomie (Verspyck, 2006).

❖ Post-partum

Le pot-partum est selon le dictionnaire Larousse (2009), la période qui suit l'accouchement. Toutefois, elle fait l'objet de plusieurs définitions les unes autant controversées que les autres. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est la phase débutant au moment où la mère et l'enfant quittent la salle d'accouchement, et s'étendant jusqu'à six semaines après la naissance.

Dans le guide sur le post-partum, un ouvrage collectif rédigé par l'Office de la Naissance et de l'Enfance et le Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique, il est indiqué à cet égard que « *la définition du post-partum immédiat ne fait pas l'unanimité dans la littérature. La naissance du nouveau-né et la délivrance du placenta sont suivies d'une période de transition. Ce temps où l'on prodigue les soins à la mère et au nouveau-né est appelé période de stabilisation maternelle et se déroule souvent en salle de naissance. En anglais, nous le retrouvons sous le terme fourth stage of labour. D'après l'OMS, cette*

période fait partie de l'accouchement et sa durée est variable selon les auteurs : une heure ou deux heures. En outre, d'autres considèrent que le post-partum immédiat recouvre les 6 à 12 heures suivant l'accouchement ou s'étend pendant 48 h après la phase de stabilisation ». (Hernandez et Ceysens, 2016)

Parallèlement, l'ONE définit le post-partum comme la période qui s'étend de la fin de l'accouchement au retour de couches, c'est-à-dire des premières règles après la grossesse. Mais l'ONE précise aussi que « *le post-partum peut également se définir comme la période nécessaire aux ajustements physiques, psychologiques et psychosociaux tant pour le bébé que pour la famille. Cette période peut être plus ou moins longue et varie selon le vécu et les ressources de chacune : enfant attendu ou pas, père présent ou absent, difficultés lors de la grossesse et/ou de l'accouchement, état de santé du nouveau-né, allaitement maternel, isolement social ou au contraire, réseau de personnes aidantes… »* (Galer, 2022).

Selon la définition scientifique à laquelle on choisit de se référer, le post-partum peut durer quelques semaines, 6 semaines, 6 mois, voire plus. Évidemment, le post-partum peut être plus ou moins long en fonction du vécu des femmes (Galer, 2022).

❖ **Accouchement**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion du foetus et du placenta, à la fin de la grossesse (Larousse, 2009). Selon Merger et coll (2001), il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir de six mois de grossesse. Ce qui équivaut à 28 semaines d'aménorrhée (SA). Un accouchement est donc dit prématuré lorsqu'il se produit avant 37 SA. Si il se produit entre 38 SA et 42 SA, il est considéré comme à terme. Par contre si l'accouchement a lieu après 42 SA, il est dit post-terme (Regnier, 2022).

Il existe deux types d'accouchement : Accouchement par césarienne (intervention chirurgicale) et accouchement par voie basse (naturel, normal). Ce dernier peut se dérouler de plusieurs façons. Dans notre étude, il s'agira de l'accouchement par voie basse, lorsqu'elle est pratiquée avec épisiotomie.

❖ Traumatisme

C'est un évènement, qui pour un sujet, a une forte portée émotionnelle et qui entraîne chez lui des troubles psychiques ou somatiques, par suite de son incapacité à y répondre immédiatement de façon adéquate (Larousse, 2009).

« Le terme traumatique prend son origine dans la notion médicale « blessure avec effraction », c'est à dire qu'il correspond aux conséquences sur l'organisme d'une lésion résultant d'une effraction externe. Au niveau psychologique, un traumatisme correspond à tout évènement de la vie qui vient faire effraction dans le psychisme. Un évènement potentiellement traumatique est celui qui vient brutalement bouleverser l'être humain dans sa capacité à comprendre ce qu'il est en train de vivre. L'individu le subit alors de plein fouet, sans pouvoir y faire face, sans « filtre ». » (Chabbert et Wendland, 2016).

❖ Cicatrice

Dans le dictionnaire Larousse (2009), la cicatrice est définit comme étant la marque laissée par une plaie, une maladie, après une guérison. D'après une restitution du vécu de ses patientes, Bouttaz (2017) définit à son tour la cicatrice comme étant « le témoin définitif qu'à un certain moment quelque chose a posé problème. Elle rappelle à la fois la souffrance physique et la violation du territoire symbolique qui ont marqué ce moment : cette mémoire est attachée à la peur de la mort, de la douleur, de la dépendance, de l'incapacité à revenir à un état antérieur.».

La cicatrice peut être autant physique que psychologique (sequelles psychologique)

1.3. DÉLIMITATION THÉMATIQUE

Cette étude se concentre exclusivement sur le vécu psychologique des femmes primipares après un accouchement avec épisiotomie, en se limitant géographiquement aux villes d'Abomey-Calavi et de Cotonou. Les aspects spécifiques de l'expérience émotionnelle, les répercussions psychologiques, et les stratégies d'adaptation seront examinés dans le contexte de ces deux localités au Bénin. Les facteurs culturels et socio-économiques spécifiques à cette région seront pris en compte pour une compréhension approfondie du sujet, tout en excluant d'autres variables qui pourraient influencer le vécu psychologique, mais ne sont pas directement liées au vécu post-accouchement de l'épisiotomie**.**

1.4. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Plusieurs écrits et travaux ont donné voix à travers le monde, à un aspect de la question de l'accouchement des femmes avec épisiotomie. Mais au-delà de ces travaux, il est important de préciser à nouveau qu'ils viennent pour la plupart de l'occident.

1.4.1. Accouchement et psychologie

L'étude réalisée par Elizabeth Ford et coll (2009) sur les troubles anxieux révèle une description de l'accouchement comme étant un évènement potentiellement stressant dans la vie de la femme . Dans leur livre intitulé « Ces neuf mois-là » Szejer et Stewart (1994) ont mis l'accent sur le fait que lors de l'accouchement, les femmes sont sujettes à éprouver des sentiments positifs comme la sensation de plénitude, d'épanouissement, de plaisir et des sentiments négatifs comme l'angoisse, l'anxiété, la panique, et la peur de la douleur surtout.

Dans leur article, Chabbert et Wendland (2016) révèlent qu'en 1994, l'accouchement a été classé comme étant un facteur de risque de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-IV. Ils nous apprennent également qu'une étude de 2002 révèle que 33% des femmes ont qualifiée l'expérience de l'accouchement

de traumatique et que 1,3 à 6% ont vécu un syndrome de stress post-traumatique significatif sur le plan clinique après l'accouchement. De même, d'après Reeves (2022) « 4 à 6% des femmes peuvent vivre un trouble de stress post-traumatique après un accouchement difficile ». Par ailleurs, « 20% éprouveront certains symptômes de stress post-traumatique leur causant de la détresse. » (Path-Laplagne, 2009). Ainsi, ces souvenirs négatifs de l'accouchement peuvent entraver le fonctionnement habituel, nuire à la relation mère-enfant et empêcher le désir d'une autre grossesse (Reeves, 2022).

L'accouchement et la psychologie sont intimement liés. En effet, après un accouchement, la femme est susceptible de développer les troubles psychiques du post-partum : le baby blues, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale. Ainsi, dans le document de Gynécologie obstétrique du CNGOF en 2015, il est dit que le baby blues atteint 50 à 80% des femmes qui ont accouché et est souvent retrouvé dans les tous premiers jours après l'accouchement. Il cumule pleurs, irritabilité, labilité émotionnelle, trouble du sommeil, fatigue et anxiété (Body et coll, 2015).

1.4.2. Facteurs et vécu de l'épisiotomie par les femmes

L'épisiotomie n'est pas un geste anodin sur les femmes qui la subissent. C'est ce qui ressort de l'étude réalisée par Delafoy (2017) en France sur le thème « Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l'épisiotomie ». Cette étude s'est intéressée au vécu global de quinze patientes après leur première épisiotomie. Dans les conclusions liées à ses résultats, elle montre que les femmes en général rencontrent beaucoup de difficultés suite à l'épisiotomie. Ces difficultés, concernent principalement les mouvements et les gestes du quotidien (marcher, s'asseoir, se laver, aller aux toilettes, prendre soin de son bébé). Les mêmes difficultés sont mises en avant par Gaubert (2015) dans son étude intitulée « Le vécu de l'épisiotomie, du post-partum immédiat a 6 mois de l'accouchement ». L'étude réalisée en France rapporte que « le mauvais vécu est influencé par des

douleurs, la représentation péjorative de l'épisiotomie pour la femme et le soutien apporté à ces femmes. ». Il en ressort également que 42% des femmes interrogées (43) affirment avoir beaucoup de difficultés à réaliser les tâches du quotidien. Elle en déduit alors que les femmes se sentant diminuées physiquement par leur épisiotomie, la vivent mal. Gaubert (2015) conclut à la fin de son étude que « Le vécu de l'épisiotomie est négatif en post-partum immédiat et s'améliore avec le temps. ».

Toujours dans le cadre des facteurs et du vécu de l'épisiotomie, Clesse (2018) dans son étude a montré que les femmes ayant subi l'épisiotomie pouvaient souffrir de douleurs, de dyspareunies et de dépressions trois mois après l'accouchement. Ses résultats montrent également que beaucoup de femmes présentent des angoisses somatopsychiques spécifiques tel que « la peur que la plaie se réouvre faisant appel à un défaut de symbolisation du contenant sexuel. ».

Dans l'article de Chabbert et Wendland (2016) on comprend que le vécu psychologique de l'accouchement peut aussi se manifester par la déception, le sentiment d'échec, la confiance en soi ébranlée, la colère, la tristesse et même le sentiment d'avoir été violée lors de son accouchement.

1.4.3. Les facteurs de risque d'un mauvais vécu de l'accouchement et de l'épisiotomie

Il a été démontré dans plusieurs études que de nombreux facteurs apparaissant pendant la grossesse et durant l'accouchement peuvent faire de ce moment un traumatisme découlant également dans le post-partum.

Les patientes associent l'épisiotomie à un accouchement qui s'est mal passé, comme un « séquelle ». C'est ce que l'étude de Gaubert (2015) révèle. Plus loin, elle conclut que « le vécu immédiat de l'épisiotomie s'inscrit dans un contexte global du vécu de l'accouchement ». Toujours dans son étude, elle révèle que 77% des femmes n'ayant pas reçu d'informations sur l'épisiotomie en suite

de couches ont un mauvais vécu dans le post-partum. Elle conclut alors que le manque d'information est un facteur de risque d'un mauvais vécu de l'épisiotomie.

Les travaux d'Obossou et coll (2017) à Parakou montrent que l'inexistence d'informations préalable avant l'accouchement est facteur de mauvais vécu. Dans ce même sillage, Chabbert et Wendland (2016) ont découvert à travers des recherches que parmi les événements les plus liés aux troubles psychologiques signalés par les femmes dans le post-partum, il y a le manque d'information sur les éventuelles procédures de l'accouchement, la perte de contrôle en salle de naissance, et le sentiment d'impuissance.

Les résultats de Arbinet (2017) dans son mémoire, témoignent du fait que l'absence du soutien des proches, de l'entourage, du conjoint, le manque de soutien social et émotionnel peut avoir des conséquences sur l'accouchement et le post-partum et peut également conduire à une dépression et à un mauvais vécu.

Clesse (2018), conclut dans son étude que lorsque les femmes ont une capacité de mentalisation élevée, elles sont plus susceptibles à avoir un mauvais vécu de l'épisiotomie. Il révèle également qu'une qualité de symbolisation agressive de haut niveau et la reviviscence d'un traumatisme antérieur peuvent conduire à un mauvais vécu de l'épisiotomie.

1.4.4. Episiotomie et future grossesse

L'étude de Gaubert (2015) a montré que mis à part 7%, le vécu de l'épisiotomie n'a pas de conséquences majeures sur le désir d'une future grossesse.

1.4.5. Informations préalables et demande de consentement

Dans une étude de Ducroux-Schouwey (2013), il a été ressorti que « les femmes à qui on a demandé le consentement et qui ont accepté sont moins

nombreuses à avoir souffert, comparé aux femmes à qui on n'a pas demandé le consentement (65% contre 78%) ».

Delafoy (2017) conclut dans son étude que « le vécu de l'épisiotomie dépend des informations reçues au cours du suivi périnatal, notamment en salle de naissance qui constitue le moment où elles se retrouvent confrontées à la réalité du geste ». Également dans ses résultats, Gaubert (2015) a déterminé le manque d'information préalable à propos de l'épisiotomie comme étant facteur d'un mauvais vécu de l'épisiotomie.

1.4.6. Vécu général de l'accouchement par les femmes primipares

Dans un article Moreau et coll (2009) décrivent l'enfantement comme étant la naissance du bébé, mais aussi celle des parents. Ils ajoutent également que le « vécu de l'accouchement a des répercussions sur l'état émotionnel de la mère » et que « l'accès à la parentalité amène une perméabilité aux conflits inconscients qui entraîne une fragilité ».

Toujours dans le même article, on comprend que l'expérience de la naissance a très souvent des conséquences sur le bien-être émotionnel et physique et qu'un soutien pendant l'accouchement conduit à une meilleure estime de soi et à une diminution de l'anxiété et de la dépression (Moreau et coll, 2009). Contrairement aux primipares, les multipares sont plus préparés mentalement et mieux informées (Path-Laplagne, 2019).

CHAPITRE II :
CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1. PRÉSENTATION DU CADRE DE RECHERCHE

Notre étude s'est déroulée dans le sud du Bénin. Plus précisément dans les villes d'Abomey-Calavi et Cotonou, situées respectivement dans les départements de l'Atlantique et du Littoral.

2.1.1. La Ville d'Abomey-Calavi

La ville d'Abomey-Calavi compte environ 117824 habitants RGPH4 (2013). Avec une superficie de 650 km², elle est située à 18 km² environ de la ville de Cotonou. Elle est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par les communes de Cotonou et de Sô-Ava, à l'Ouest par les communes de Ouidah et de Tori-Bossito. Elle compte cent quarante-neuf (149) villages et quartiers qui couvrent neuf (09) arrondissements.

La ville est principalement peuplée par les Fon, les Toffin, les Aïzo, les Adja, les Yorouba, les Nago, les Goun. Ceux-ci se répartissent entre plusieurs croyances religieuses parmi lesquelles la prédominance se retrouve du côté des religions endogènes qui sont suivies du Catholicisme, du Protestantisme, de l'Islam, etc.

Ces peuples s'adonnent à diverses activités telles que l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'exploitation des ressources minières (carrières de sable, de gravier, de latérite, d'argile, de terre de barre), le transport, l'artisanat, l'industrie, la transformation de produits agricoles.

2.1.2. La ville de Cotonou

La ville de Cotonou quant à elle, est la capitale économique et la plus grande ville du Bénin. Elle compte 679012 habitants RGPH4 (2013) et s'étale sur 79 km². Elle est située sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique. Ainsi, elle est limitée au Nord par le lac Nokoué, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-Kpodji (dans le département de l'Ouémé) et à l'Ouest par la ville d'Abomey-Calavi (dans le département de l'Atlantique).

Au vu de sa longue histoire, la ville compte des habitants aux origines et cultures extrêmement diverses. On y parle en plus du français, pratiquement toutes les autres langues du Bénin. Le commerce demeure l'activité la plus pratiquée, avec le marché Dantokpa qui est le plus grand de toute l'Afrique de l'Ouest. La ville est également le théâtre des plus grandes infrastructures politiques du pays.

Toutefois, ces deux villes comptent également de grandes structures sanitaires destinées uniquement ou non à la maternité telles que : Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), les hôpitaux de zone, le Centre Hospitalier et Universitaire de la mère et de l'enfant de Lagune (CHU-MEL), le centre de santé de Calavi Kpota, la polyclinique Coopérative, etc.

2.2. NATURE DE LA RECHERCHE

Il s'agit d'une recherche de type qualitatif. Elle s'est déroulée du 22 mai au 14 juillet 2023.

2.2.1. POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude est constituée de femmes mères résidant dans la ville d'Abomey-Calavi et celle de Cotonou, ayant accouché par voie basse.

Critères d'inclusion :

- Femmes majeures (ayant au moins dix-huit ans);
- Femmes ayant subi une épisiotomie lors de leur premier accouchement datant d'au moins un (01) an ;
- Femmes maîtrisant la langue française.

Critères d'exclusion :

- Refus de participer à l'étude.

2.2.2. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

La technique d'échantillonnage utilisée au cours de cette étude est celle de la boule de neige. Nous avons fait le choix de cette technique parceque nous voulions analyser l'expérience des femmes au moins un an après l'accouchement.

2.2.3. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

2.2.3.1. Techniques de collecte des données

Comme technique de collecte de données, nous avons utilisé de l'entretien semi-directif. Les différentes questions étaient prédéfinies. Nous avons rencontré chaque femme de l'échantillon pour une durée moyenne de 30 à 45 minutes.

2.2.3.2. Outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et d'un magnétophone.

2.2.4. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nous avons consulté des anciens mémoires ayant un rapport avec notre thème, à l'Université d'Abomey-Calavi. Sur internet, nous avons parcouru et pris connaissance de plusieurs anciens mémoires, traitant chacun d'un aspect spécifique du thème. Nous y avons aussi parcouru des articles, des revues. Nous avons également recueilli des informations auprès de quelques professionnels de la santé.

2.2.5. LES ENTRETIENS

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Nous avions au préalable à notre connaissance, quatre (04) femmes ayant vécu l'expérience de l'épisiotomie pour leur premier accouchement datant d'au moins un (01) an. Ces femmes nous avaient ensuite redirigée vers une ou plusieurs autres femmes qu'elles connaissaient, et qui avaient vécues les mêmes expériences qu'elles. Ces dernières faisaient pareil. Certaines n'en connaissaient pas d'autres.

Les femmes contactaient d'abord leurs connaissances et leur faisaient part de nos intentions. Quand elles étaient d'accord pour participer à l'enquête, on nous mettait en contact. Nous leur précisions à nouveau le but de notre enquête, le thème de notre mémoire, et en quoi il avait rapport avec elles. Nous les rassurions sur l'anonymat de leurs informations, et si elles n'avaient aucun inconvénient, un rendez-vous était fixé.

Au début, nous avions pour but d'entretenir quinze (15) femmes, mais nous en avons eu dix-huit (18) finalement. Les femmes étaient abordables et n'avaient pas pour la plupart, de réticence à répondre aux questions. Tous les entretiens ont été enregistrés (à l'aide d'un magnétophone) avec l'accord des femmes et retranscrits par la suite pour analyse.

2.3. TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES

Pour traiter les données, nous avons retranscrit tous les entretiens, et nous avons procédé à la codification en regroupant les questions en différents thèmes clés. Ensuite, nous avons analysé chaque thème, puis tiré les conclusions en rapport avec nos objectifs.

2.3.1. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- Difficultés à trouver des données concernant le Bénin sur l'épisiotomie ;
- Difficultés à trouver des documents en rapport avec notre thème sur la psychologie.

CHAPITRE III :
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

Nous avons interrogé dix-huit (18) femmes dont neuf (09) primipares et neuf multipares.

Tableau I: Répartition des enquêtées selon la tranche d'âges

Tranches d'âges	Nombres	Pourcentages (%)
[18-20[	2	11,1
[20-22[	0	0
[22-24[	6	33,3
[24-26[	1	5,6
[26-28[	4	22,2
[28-30]	5	27,8
Total	18	100

Source : Données du terrain (Mai-Juillet, 2023).

De l'analyse de ce tableau, il ressort que la moyenne d'âge des femmes interrogées est dans la tranche de [22-24[ans avec un pourcentage accru à 33,3%.

Nous pouvons en déduire que les femmes de 22 à 24 sont les plus représentéés dans notre échantillon.

Tableau II: Répartition des enquêtées selon leur ethnie et leur situation matrimoniale

Ethnies	Nombres	Pourcentages (%)
Idaatcha	5	27,77
Fon	6	33,33
Dendi	1	5,55
Mahi	1	5,55
Yorouba	1	5,55
Nagot	1	5,55
Houéda	2	11,11
Toli	1	5,55
Situation matrimoniale		
Mariée	4	22,22
Célibataire	3	16,66
En couple	7	38,88
Concubinage	4	22,22

Source: Données du terrain (Mai-Juillet, 2023).

De l'analyse de ce tableau, il ressort que les femmes interrogées sont pour la plupart d'ethnie fon, et en couple. Ainsi, on note une prévalence de ces femmes dans notre échantillon.

Tableau III: Répartition des enquêtées selon leur situation professionnelle

Professions	Nombres	Pourcentages (%)
Ménagères	1	5,55
Artisanes	2	11,11
Commerçantes	2	11,11
Etudiantes	1	5,55
Professions intellectuelles (cadres)	10	55,55
Professions intermédiaires	2	11,11

Source: Données du terrain (Mai-Juillet, 2023).

Il ressort de l'analyse de ce tableau, que les femmes interrogées exercent en grande partie des professions intellectuelles. On en déduit que les femmes à professions intellectuelles sont plus représentées dans notre étude.

3.2. ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats des entretiens seront présentés selon le plan suivant :

- Connaissances préalables des patientes sur l'épisiotomie ;
- Informations reçues sur l'épisiotomie (avant, pendant et après accouchement) ;
- Vécu psychologique après l'accouchement ;
- Appréhension d'une nouvelle grossesse ;
- Importance selon elles d'une connaissance préalable ;
- Vécus, perceptions globales et acceptation de l'épisiotomie.

3.2.1. Connaissances préalables sur l'épisiotomie

Parmi les femmes reçues en entretien, seulement quatre savaient quelque chose sur l'épisiotomie ; dont trois, par le biais de leurs différentes sœurs. Pour elles, l'épisiotomie constituait en une « déchirure du vagin » permettant de « faire sortir un bébé quand il est gros ». L'une d'entre elles affirme :

> *« […] J'ai eu l'information pour la première fois auprès de ma grande sœur qui en a été victime. ».*
> Entretien C

On comprend par cette réponse que l'épisiotomie était considérée depuis sa connaissance par cette femme comme une mauvaise chose dont on pouvait être victime.

La quatrième quant à elle, avait déjà « vu faire » du fait de son travail à la maternité.

La plupart des femmes ignoraient ce qu'était l'épisiotomie avant la grossesse.

3.2.2. Les informations reçues sur l'épisiotomie (avant, pendant et après l'accouchement)

- **Avant l'accouchement**

A travers les entretiens, nous avons constaté qu'aucune des patientes n'a reçu d'informations sur l'épisiotomie lors de ses consultations, de la part de son/sa gynécologue ou de sa sage-femme. A part ces quelques idées reçues que les quatre femmes évoquées précédemment avaient sur l'épisiotomie bien avant de tomber enceinte, aucune autre information sur l'acte n'a été communiquée. Ce qui veut dire que sur les dix-huit (18) femmes interrogées, quatorze (14) n'avaient jamais entendu parler d'épisiotomie et aucune d'elles, n'a reçue d'information sur l'acte au cours de la grossesse.

- **Pendant l'accouchement**

Pendant l'accouchement, l'épisiotomie est abordée rapidement sous pression et ce, seulement dans certains cas. La plupart du temps, l'information donnée concernait uniquement le fait de réaliser le geste. C'est le cas chez ces femmes qui n'avaient jamais entendu parler de l'épisiotomie :

> « *[…] A un moment de l'accouchement, l'une des sages-femmes m'a juste dit : si tu ne pousses pas, on va te couper pour faire sortir l'enfant. A ce moment-là, j'avais vraiment peur.* ».
> Entretien E

> *« […] Cette information était donnée sur la table d'accouchement. Je n'avais plus le choix.*».
> Entretien P

Toutefois, certains prenaient la peine d'expliquer le pourquoi de la pratique :

« […] On m'a dit que c'était pour faciliter la sortie du bébé et éviter les déchirures incontrôlées. ».
Entretien Q

« […] La sage-femme m'a dit que mon bébé était gros, et que je ne poussais pas assez pour le sortir. Le geste était donc nécessaire pour mon bien. ».
Entretien O

« […] Cette pratique permettrait la sortie plus rapide de mon bébé qui souffrait, puisque mon vagin était plus petit. ».
Entretien P

Seulement huit des femmes avaient reçue d'informations sur l'épisiotomie pendant l'accouchement.

- **Après l'accouchement**

Après l'accouchement, les informations concernent généralement la cicatrisation de la plaie. Celles qui n'avaient toujours aucune idée de ce qui c'était passé, recevaient parfois quelques éclaircissements :

« *[…] Je n'avais reçu aucune explication. Je ne comprenais rien de la forte douleur que je ressentais pendant la suture qui s'est faite sans anesthésie. On m'a juste dit à la fin, que l'accouchement était difficile.* ».
Entretien D

« *[…] La sage-femme m'a dit après que c'était pour ne pas déformer la tête du bébé.* ».
Entretien M

D’autres n’en recevaient pas du tout :

> « *[…] Il ne m’a donné aucune explication. Pendant l’accouchement, le bébé était sorti assez tôt, et c’est après, lors de la suture que j’ai réalisé ça... J’espérais pourtant ne pas en être victime. Il avait dit lui-même que l’accouchement serait facile vu que j’avais un bassin large. Du coup, j’étais très énervée... J’aurais aimé avoir d’explications.* ».
> Entretien C

L’intervention de cette femme renvoie au caractère un peu systématique de l’épisiotomie. C’est à dire que l’épisiotomie est très souvent réalisée sur presque tous les accouchements à voie basse.

D’un autre côté, certaines femmes ont estimée ne pas avoir eu besoin d’informations ou d’explications sur ce geste.

> « *[…] Pendant l’accouchement, on ne m’a rien dit. Mais de toutes les façons, on n’a pas le choix. Quand la sortie de l’enfant est difficile, les sages-femmes sont obligées de faire sans notre avis.* ».
> Entretien F

> « *[…] Je n’ai pas cherché à savoir. Je me suis dit que c’est comme ça que ça se passait d’habitude.* ».
> Entretien L

3.2.3. Le vécu psychologique de l’épisiotomie après l’accouchement

Après l’accouchement, les femmes sont confrontées à une autre expérience, dont elles ignorent tout au début. L’épisiotomie n’arrange pas les choses :

> « *[…] C’était une étape vraiment difficile. Vous êtes sous le choc de la douleur. La fatigue intense, veiller sur*

l'enfant la nuit, les tâches ménagères. J'étais vraiment épuisée mentalement. ».
Entretien D

« *[…] Je ne pouvais pas m'asseoir pour laver mon bébé. Et pour lui donner le lait la nuit, c'était pire. Je me suis sentie seule à un moment donné, car mon mari n'était pas présent. Je me suis aussi sentie incomprise. On m'a dit que c'est la vie de la femme. J'ai frôlé la dépression.»*
Entretien C

« *[…] Je me sentais vraiment acculée, déprimée, j'avais le sentiment profond d'être incomprise. J'avais toujours peur de faire un geste brusque qui me redonnerait la douleur. Mais bon, au final j'étais fière d'avoir eu mon bébé. J'aurais quand même préféré éviter l'épisiotomie.*»
Entretien M

« *[…] D'autres ne l'ont pas eu. J'étais mal à l'aise dans ma peau. Je ne me sentais plus aussi belle qu'avant. Je me sentais différente.* ».
Entretien N

Les femmes vivent vraiment mal cette étape. Même si parfois, elles se réfèrent à leur bonheur d'être mère, elles n'oublient pas ces moments difficiles qu'elles gardent pour elles. Le vécu psychologique de l'épisiotomie par les femmes est presque pareil, à quelques exceptions près. Elles parlent toutes de douleur, de peur, de stress, d'anxiété, de perte d'estime de soi.

3.2.4. L'appréhension d'une nouvelle grossesse

Tomber à nouveau enceinte, et accoucher étaient des options peu envisageables pour la plupart des femmes. Sur les dix-huit, seulement cinq n'avaient exprimées aucune réticence à revivre l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. A cette date, plusieurs sont déjà multipares. Les treize restantes

ont affirmé leur peur à l'idée de revivre la même chose et de ressentir encore cette douleur.

3.2.5. L'importance selon elles d'une connaissance préalable sur l'épisiotomie

Sur ce point, toutes les femmes sont unanimes :

> « *[…] J'aurais aimé avoir eu une information là-dessus avant.* ».
> Entretien N

> « *[…] Mon gynécologue aurait dû m'en parler, je l'aurais surmonté plus facilement.* ».
> Entretien M

> « *[…] Une information préalable me ferait trop plaisir et me permettrait de connaître les avantages et les inconvénients de cet acte.* ».
> Entretien P

> « *[…] C'est une information à recevoir normalement lors des consultations.* ».
> Entretien Q

> « *[…] Il revient aux sages-femmes de donner cette information, de parler de l'épisiotomie et des raisons de sa pratique aux patientes*. ».
> Entretien R

> « *[…] Moi je voudrais exhorter les gynécologues qui ont l'habitude de faire cette pratique, d'avertir leurs patientes avant de passer à l'act*e. ».
> Entretien C

Elles estiment qu'une connaissance préalable sur l'épisiotomie et les raisons de sa pratique aurait permis un meilleur vécu. L'épisiotomie aurait alors eu moins d'impact psychologique sur elles.

3.2.6. Vécus, perceptions globales et acceptation de l'épisiotomie

En général, les femmes ont finalement bien vécu leurs post-partum. Pas parce qu'elles n'ont pas eu mal, mais parce que le plus important pour elles, était d'avoir eu leurs bébés :

> « *[…] Avec le temps, tout s'est bien passé.* ».
> Entretien E

> « *[…] C'était un peu stressant, mais avec l'aide des proches ça va.* ».
> Entretien K

> « *[…] Ce n'était pas facile, mais ça n'a pas affecté ma relation avec ma fille. Elle représente beaucoup pour moi. Elle est mon bonheur et ma joie.* ».
> Entretien C

> « *[…] C'est pas facile de l'admettre, mais je n'ai pas le choix puisque c'était pour le bien-être de mon bébé et moi. Mes proches étaient là pour moi, néanmoins, il a fallu que je fasse beaucoup d'efforts.* ».
> Entretien P

Pour certaines femmes, l'épisiotomie vu qu'elle permet d'éviter les déchirures est une bonne pratique lors des accouchements. Pour d'autres par contre, c'était une mauvaise expérience qui a laissée des cicatrices et qui représente désormais à leurs yeux, l'accouchement.

> « *[…] Selon moi, l'épisiotomie n'est pas une pratique néfaste, car bien qu'elle laisse des cicatrices, elle permet d'éviter les déchirures. Elle n'affecte en rien la psychologie.*».
> Entretien J

« *[…] L'épisiotomie n'est pas une pratique néfaste comme certains le disent. Elle est pour moi une bonne pratique, vu qu'elle permet d'éviter les déchirures et facilite l'expulsion du fœtus.* ».

Entretien R

« *[…] Selon moi, l'épisiotomie est une bonne pratique. Car hormis la peur, elle permet d'éviter une déchirure et facilite la sortie du bébé.*».

Entretien A

« *[…] Après l'expérience que j'ai vécue, je dirai que l'épisiotomie n'est pas une bonne pratique, car en dehors de la douleur, ça laisse un mauvais souvenir dans la tête. Ça enlève toute envie d'accoucher rien qu'en y pensant. Ça laisse un impact négatif sur le sexe et la sexualité de la femme. Ça entraîne le fait que la femme ait honte de s'afficher nue devant qui que ce soit, surtout son homme. C'était dur... Notre vie de couple venait à peine de commencer.*».

Entretien C

« *[…] Il faut que les médecins préparent psychologiquement les femmes avant et après l'accouchement, surtout pour la première grossesse. Cela permettra aux femmes de mieux supporter l'épisiotomie, les pleurs du bébé la nuit et les rapports sexuels après l'accouchement.*».

Entretien D

« *[…] Pour moi, épisiotomie égale à cicatrice, douleur, regrets. Je me sens toujours différente aujourd'hui...C'est une expérience qui m'a marquée à jamais car, je l'ai eue pour mes deux autres accouchements également. C'est traumatisant.* ».

Entretien N

CHAPITRE IV :
DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

La discussion des résultats de l'étude sur le vécu psychologique de la femme primipare après un accouchement accompagné d'épisiotomie à Abomey-Calavi et Cotonou en 2023, s'articulera autour de trois points :

- ❖ L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- ❖ La qualité et la validité des résultats ;
- ❖ La comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.1. L'atteinte des objectifs

Les objectifs fixés au début de notre étude ont été atteints. En effet, cette étude nous a permis de :

- Recenser les manifestions psychologiques de l'épisiotomie sur le quotidien des femmes primipares et leur vécu après l'accouchement ;
- Identifier l'impact psychologique de l'épisiotomie dans le désir d'une future grossesse ;
- Déterminer l'importance d'une information préalable à propos de l'épisiotomie sur le vécu psychologique des femmes.

4.2. La qualité et la validité des résultats

Il s'agissait d'une étude qualitative incluant dix-huit femmes ayant reçu une épisiotomie lors de leur premier accouchement datant d'au moins un an. Les différents thèmes de l'étude n'ont pas beaucoup été abordés dans la littérature. De plus, ces thèmes étaient rarement abordés ensemble.

Les femmes qui ont acceptée participer à l'étude et que nous avons rencontrées, ont répondu assez bien aux questions posées, à part une seule qui a avoué avoir du mal à en parler. A vue d'œil, les femmes n'avaient pas/plus l'air de souffrir. Cependant, quand l'entretien les plongeait dans ces souvenirs, une tristesse et une colère remontaient.

Pour les entretiens, le premier contact était pris par téléphone (une introduction ayant déjà été faite par notre connaissance commune). Certaines

femmes ignoraient ce que voulait dire la psychologie. On leur donnait une explication là-dessus. Celles qui connaissaient la psychologie, étaient pour la plupart très enjouées d'être écoutées et de pouvoir aider dans le but que d'autres femmes souffrent moins qu'elles.

Le premier biais que nous retenons est celui de sélection. En effet, toutes les femmes ont un assez bon niveau de français, et la majorité travaille dans des domaines professionnels élevés. Au début, nous avons fait cette sélection pour faciliter l'échange. Cependant, nous avons compris que ce biais nous permettait de généraliser le manque d'information sur l'épisiotomie. Car si l'information n'était pas donnée à cette catégorie de femmes et aussi dans des villes comme Abomey-Calavi et Cotonou, le contraire ne peut être envisagé pour une catégorie inférieure.

Le second biais est celui des souvenirs des femmes. En effet, plusieurs étaient déjà multipares, et n'avaient pas forcément eu d'épisiotomie pour leurs autres enfants. Elles avaient déjà en quelque sorte comblée cette douleur, mais ce souvenir demeurait quelque part dans leur tête. À la base, nous avons choisi des femmes avec un accouchement d'au moins un an pour percevoir globalement l'impact psychologique que l'épisiotomie avait eu sur leurs vies.

Ce qui ressort aussi de ce biais est qu'il nous permet de constater que l'importance de l'enfant dans nos sociétés africaines et notamment pour les femmes ne disparaît, peu importe le vécu de l'accouchement. Même si la femme traumatisée de son premier accouchement affirme n'avoir plus envie d'une future grossesse, son désir est influencé par son propre statut de femme qui lui est cher, son mari, sa famille, son entourage.

4.3. La comparaison des résultats

4.3.1. Facteurs psychologiques et vécu global

A travers notre étude, nous avons constaté que toutes les femmes interrogées mentionnaient des sentiments de peur et de stress après leur

accouchement. Dans la littérature, on comprend que ces sentiments peuvent être tout à fait normaux pendant les premières semaines après tous les types d'accouchement. C'est ce qui a été trouvé par Body et coll (2015). Ces résultats rejoignent également ceux de Chabbert et Wendland (2016) avec un taux général de 1,3 à 6% de stress post-traumatique. Toutefois, avec l'épisiotomie, ces sentiments sont plus intenses et sont plus dirigés vers la plaie et sa potentielle réouverture. Ces résultats sont semblables à ceux de Clesse (2018) qui montre que suite à l'épisiotomie, les femmes peuvent présenter des angoisses et une peur liée à la réouverture de la plaie.

Elles évoquent également des difficultés (jusqu'à la cicatrisation totale de la plaie) dans l'exécution des tâches du quotidien et dans les soins dus à leur bébé et une perte d'estime de soi. Ces résultats rejoignent ceux de Delafoy (2017) qui trouve des difficultés dans les mouvements du quotidien. Ces mêmes résultats seront retrouvés dans les résultats de l'étude de (Gaubert, 2015). Deux femmes avouent avoir été sujettes à des dépressions après l'accouchement. Ce même résultat ressort de l'étude de Clesse (2018) avec une possibilité de dépression trois mois après l'accouchement. Cette différence de trois mois pourrait s'expliquer par le critère de sélection d'au moins un an après l'accouchement des femmes.

En général, les femmes ont eu un vécu assez traumatisant de leur épisiotomie psychologiquement et physiquement.

4.3.2. L'épisiotomie et le désir d'une future grossesse

Lorsque nous nous sommes intéressées au désir d'une nouvelle grossesse auprès des femmes, treize d'entre elles soit 86% ont mentionnée d'appréhensions dans le cadre d'une future grossesse et d'un accouchement. Ces résultats ne correspondent pas à ceux de Gaubert (2015). En effet, dans les résultats de son étude, cette dernière conclut que seulement 7% des femmes appréhendent une future grossesse. Cette nuance pourrait s'expliquer par la différence du contexte social. Aussi, à travers ce que nous avons dit plus haut, les femmes vivent mal l'épisiotomie. Avec le temps, ce sentiment s'améliore mais les souvenirs restent.

La femme peut exprimer un non désir de grossesse future. Toutefois, elle ne prend pas de résolution ferme à ce sujet. Par exemple, une des femmes a mentionné avoir eu par la suite deux autres enfants et d'avoir subi aussi une épisiotomie pour ces accouchements. Pourtant, elle fait partie des femmes qui ont le plus mal vécu leur premier accouchement et qui ont vraiment appréhendée une autre grossesse. Elle aurait pu s'arrêter à la deuxième grossesse, mais la plupart du temps cela est compliqué à faire. Dans ce contexte, le conjoint et la famille ne ressentent pas forcément la douleur de la femme. Cette douleur représente le secret de l'accouchement. Les femmes sont donc souvent contraintes d'arrêter d'en parler, de tout simplement garder ça pour elles et de faire ce que veulent la société et leur statut de femme: avoir des enfants. Si on remonte à notre énoncé de problème, on comprend que cette douleur ne meurt pas et les femmes se sentant concernées n'hésitent pas à en parler entre elles lorsqu'elles se retrouvent.

4.3.3. Importance d'informations préalables

A travers les entretiens, nous avons remarquée qu'aucune des femmes n'a reçu d'informations sur l'épisiotomie lors des consultations. Les principales sources d'informations de celles qui en avaient étaient l'entourage (le vécu d'une sœur), et le travail à l'hôpital. Dans leurs différents travaux, Delafoy (2017) et Gaubert (2015) avaient également recensé un cruel manque d'information des femmes.

Toutes les femmes, sans exception ont déploré le manque d'informations et auraient voulu que leur sage-femme/gynécologue leur parle de cette possibilité lors des consultations. Plus loin, les femmes affirment qu'une information leur aurait permis de mieux accepter et de mieux vivre cette expérience. Ainsi, les informations préalables ont une importance capitale dans le vécu des femmes. C'est aussi ce qu'ont trouvé Delafoy (2017) et Gaubert (2015) dans leurs différents résultats.

Une femme ignorant carrément l'épisiotomie reçoit pendant l'accouchement une phrase qu'elle dit ne pas être prête d'oublier : « Si tu ne pousses pas, je vais te couper. ».

CONCLUSION

Cette recherche nous a permis d'étudier le vécu psychologique de la femme primipare après un accouchement accompagné d'épisiotomie chez 18 femmes dans les villes d'Abomey-Calavi et de Cotonou. Dans la littérature, aucun travail n'a statué sur ce vécu des femmes primipares.Il ressort de cette étude que les femmes primipares ont un mauvais vécu psychologique de leur premier accouchement. Ce vécu perdure dans le temps et elles gardent ce souvenir à vie. En effet, les femmes ignorent le plus souvent ce qu'est l'épisiotomie et aucune information à ce sujet ne leur est communiquée pendant les consultations. Les seules informations viennent en salle d'accouchement et en suite de couches. Ces informations n'apaisent néanmoins pas les femmes. Elles estiment qu'elles devaient les recevoir pendant les consultations afin de mieux se préparer psychologiquement. La douleur de l'épisiotomie pour les primipares et pour les femmes en générale, à travers les témoignages reste sans pareil. Au-delà du physique caractérisé par les difficultés à se mouvoir, à prendre soin de leur bébé, les femmes gardent des séquelles psychologiques au fond d'elles-mêmes. Ce vécu a un impact sur le désir d'une nouvelle grossesse, mais seulement à court terme. Les femmes ont peur de revivre la même douleur. Pour cinq d'entre elles, l'épisiotomie représente l'accouchement, et n'entrave pas le désir de se reproduire à nouveau : elles acceptent la douleur. Toutes nos hypothèses sont ainsi vérifiées. En dehors des informations, il y a un autre point important que nous n'avions pas pris en compte lors des recherches. C'est la recherche du consentement. Les femmes se sentent encore plus diminuées parce que leur intimité est violée sans leur avis. Cela fait partie des points qu'elles ont du mal à accepter. Tout ceci montre la complexité d'une première grossesse. Entre un mélange de joie de porter un enfant et la réalité foudroyante de l'accouchement, de l'épisiotomie dont on ignore l'existence, du changement profond de leur corps, de leur intimité et de leur vie de couple, de leur nouvelle parentalité, les femmes sont comblées lorsqu'elles reçoivent leur bébé dans les bras. Elles n'oublient rien, elles vivent

avec. Les résultats de cette étude ne remettent pas en cause les pratiques des professionnels de la santé obstétricale. Ils s'insèrent plutôt dans les défis du psychologue. Toutefois, il serait bien que ces résultats soient le déclic d'une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes (après tout, c'est leur corps) en vue d'un meilleur vécu et d'un meilleur souvenir. Il conviendrait également que le psychologue se penche plus sur la préparation psychologique des femmes enceintes, en faisant un travail avant accouchement d'une part, et après accouchement d'autre part. Les psychologues et les gynécologues/sages-femmes devraient travailler de concert afin que l'accouchement s'inscrive dans un processus de prise en charge complète, efficiente et efficace.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Arbinet, M. (2017). *Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance : Étude bibliographique*. [Mémoire de licence, Université Catholique de Lille]. HAL Id: dumas-01664252

Atade, S. et coll (2022, avril). Vécu physique et psychologique des femmes suite à la pratique d'une épisiotomie à l'hôpital de zone de Comè en 2020 (Résumé). *Médecine d'Afrique Noire,* 6904, 243-250. http://www.santetropicale.com/sites_pays/resume_oa.asp?id_article=3552&revue=man&rep=benin

Barlow, P. (2016). Surveillance normale. Dans A. Hernandez & G. Ceysens (dirs), Guide du post-partum (pp. 19-25). De Boeck Supérieur.

Bouttaz, M. (2017, juillet). La cicatrice en trois D: découverte, douleur, définitive. *La Peaulogie alpha.* HAL-SHS. https://shs.hal.science/halshs

Chabbert, M. et Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail: un impact sur les relations mère - bébé ? *Revue de Médecine Périnatale*, 2016/4, 199 à 206, https://www.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2016-4-page-199.htm

Ducroux-Schouwey, C. (2013). *Episiotomie: Etat des lieux et vécu des femmes.* Ciane.net.

Clesse, C. (2018). *Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie Etude longitudinale chez les femmes primipares,* [Thèse de doctorat, Université de Lorraine, France]. HAL.fr. https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02104112

Body, G. et coll (2015). Gynécologie obstétrique (3ème édition). Collection ‘’Les Référentiels des Collèges’’

Delafoy, E. (2017). *Informations reçues et vécu des femmes : à propos de l’épisiotomie.*[Mémoire de licence,Université Paris Descartes]. HAL Id: ffdumas-01585485f

Ford, E. et Ayers, S. (2009, mars). *Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control.* Pubmed: Journal of Anxiety Discorders. 23:260-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789646/

Gaubert, S. (2015). *Le vécu de l’épisiotomie, du post-partum immédiat à 6 mois de l’accouchement*. [Mémoire de licence,Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines]. HAL Id: ffdumas-01227972f

Martindale, M. (2003). *Episiotomy and the Perineum-evidence based briefing.* nct.org.uk

Merger, R. et coll (2001, décembre). *Précis d’obstétrique* (6). Masson

Obossou et coll (2017). Vécu Psychologique De La Parturiente En Salle D’accouchement à La Maternité Du Centre Hospitalier Départemental Et Universitaire Du Borgou À Parakou (BENIN). *European Scientific Journal*, 13.

Path-Laplagne, E. (2019). *Expérience et ressenti de la grossesse selon la parité: quelle est la différence de vécu des femmes entre leur première grossesse et les suivantes: étude qualitative par entretien semi-dirigés auprès de femmes multipares en France* [Thèse de médecine, Université Claude Bernard]. SUDOC.

RGPH4 (2013). *Que retenir des effectifs de population en 2013*, Institut National De La Statistique Et De L’analyse Economique (INSAE)

Sacko, M. (2015). *Etude de l’épisiotomie à la maternité du Centre de Santé de*

Référence de la Commune II du District de Bamako. [Thèse de medecine,Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)]. Bibliosanté . https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/999

Soet, J. et coll (2003, mars). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. 30(1), 36-46. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Soet+JE&cauthor_id=12581038

Szejer, M. et Stewart, R. (1994). *Ces neuf mois-là, une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*. Robert Laffont. Paris

Verspyck, E. (2006, février). *Techniques chirurgicales de l'épisiotomie.* Gynecol Obstet Biol Reprod: Recommandations pour la pratique clinique

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

Domingues, M. (2023, 21 novembre). *Cours - Cycles de la vie et grandes fonctions - Accouchement,* Infirmiers.com. https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-ifsi-laccouchement

Episio.info. (s. d.). https://episio.info/connaitre/histoire/

Galer, L. (2022, 24 novembre). *Post-partum: il faut soutenir les femmes qui viennent de donner naissance.* La ligue des familles. https://liguedesfamilles.be/article/post-partum-il-faut-soutenir-les-femmes

Larousse, (2009). Femme. Dans Le d*ictionnaire Larousse* https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/femme/33217

Moreau, A. et coll. (2009, mars). Vécu de l'accouchement par le couple primipare: étude quantitative. *Science direct.* 37, Pages 236-239 https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.07.019

Reeves, N. (2022). La dépression post-partum. Naître et grandir. https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum

Regnier, M. (2022, 21 juin). *Primipare: tout savoir sur cette première* SanteMagazine. https://www.santemagazine.fr/grossesse/grossesse-et-sante/primipare-tout-savoir-sur-cette-premiere-grossesse-921995

Valadyron, F. (2017, juillet). *On m'a retirée ma vie sexuelle: l'épisiotomie l'acte qui peut traumatiser autant qu'il humilie.* Marianne.net. https://www.marianne.net/societe/m-retire-ma-vie-sexuelle-l-episiotomie-cet-acte-qui-peut-traumatiser-autant-qu-il-humilie

Zielinski, R. et coll (2017, 13 avril). Corps après bébé: une enquête pilote sur l'image corporelle génitale et l'estime sexuelle après un accouchement vaginal. *dovepress.* Volume 2017, 189 - 198. https://doi.org/10.2147/IJWH.S123051

ANNEXES

Grille d'entretien

I- QUESTIONS GENERALES

1- Quelle est votre année de naissance ?

2- A quelle date avez-vous accouchée ?

3- Quelle était votre situation matrimoniale lors de votre premier accouchement ?

4- Quelle est votre profession ?

5- Quelle est votre religion ?

6- Quelle est votre ethnie ?

7- Avez-vous bien reçue une épisiotomie lors de votre premier accouchement ?

8- Combien de fois avez-vous accouchée ?

II- A PROPOS DE L'EPISIOTOMIE

1- Saviez-vous au préalable ce qu'était une épisiotomie ?

- Si oui, comment l'avez-vous connue ?
- Si non, auriez-vous aimé avoir une information préalable là-dessus ?

Aviez-vous des réticences quant à la pratique d'une épisiotomie sur vous ?

2- Aviez-vous fait part de vos réticences à votre gynécologue ou sage-femme ?

Lors de votre accouchement, vous a-t-on prévenu que vous alliez subir une épisiotomie ?

3- Qu'aviez-vous ressentie au moment où vous avez découvert que vous aviez reçu une épisiotomie ?

4- Avez- vous reçu des explications sur le pourquoi de cette pratique sur vous ?

- Si oui, que vous a-t-on dit ?
- Si non, auriez-vous aimé avoir des explications ou n'en aviez-vous pas besoin ?

5- Parlez-nous de ce que vous avez ressenti émotionnellement et physiquement lors de la suture de l'épisiotomie.

6- Que représente pour vous le sexe de la femme ?

7- Que représente pour vous l'épisiotomie ?

III- APRES L'ACCOUCHEMENT

1- Comment s'est passé les premiers mois de votre nouvelle vie de maman ?

2- Arriviez-vous à exercer vos tâches quotidiennes comme avant ?

2-a) Pouviez-vous vous occuper de votre enfant comme voulu ?

3- Receviez-vous l'aide de quelqu'un ?

4-Votre famille vous a-t-elle soutenue et aidée comme vous l'auriez souhaité ?

5-Vous êtes-vous sentie seule à un moment donné, malgré votre entourage ?

6- Aviez-vous ressentie le besoin d'en parler à quelqu'un ?

- Si oui, l'avez-vous fait ?
- Quel rôle cette personne joue-t-elle dans votre vie ?
- Comment a-t-elle réagit ?
- Comment vous êtes-vous sentie après en avoir parlé ?

7- Comment décrirez-vous la présence de votre mari, à ce moment-là dans votre vie ?

8- A quel moment aviez-vous repris les rapports sexuels ?

9- Etais-ce difficile pour vous de les reprendre ?

- Si oui, pourquoi ?

Aviez-vous eu peur de tomber à nouveau enceinte et notamment d'accoucher encore ?

10- Aviez-vous été sujette à une dépression après l'accouchement ?

11- Votre vécu a t-il eu impact négatif sur votre relation avec votre enfant ?

12- Avez-vous ressentie une injustice envers vous de la part de la société ou de quiconque (famille, entourage immédiat ...) ?

13- Comment décrirez-vous globalement aujourd'hui, votre expérience physique, psychologique et sociale de l'épisiotomie ?

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 2

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5

LISTE DES TABLEAUX 6

LISTE DES FIGURES 7

RESUME 8

ABSTRACT 8

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I : 11

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 11

1.1 ÉNONCÉ DU PROBLÈME 12

1.1.1. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE 15

1.1.2. OBJECTIFS 15

1.1. CLARIFICATION CONCEPTUELLE 16

1.3. DÉLIMITATION THÉMATIQUE 22

1.4. REVUE DE LA LITTÉRATURE 22

1.4.1. Accouchement et psychologie 22

1.4.2. Facteurs et vécu de l'épisiotomie par les femmes 23

1.4.3. Les facteurs de risque d'un mauvais vécu de l'accouchement et de l'épisiotomie 24

1.4.4. Episiotomie et future grossesse 25

1.4.5. Informations préalables et demande de consentement 25
1.4.6. Vécu général de l'accouchement par les femmes primipares 26
CHAPITRE II : 27
CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 27
2.1. PRÉSENTATION DU CADRE DE RECHERCHE 28
2.1.1. La Ville d'Abomey-Calavi 28
2.1.2. La ville de Cotonou 28
2.2. NATURE DE LA RECHERCHE 29
2.2.1. POPULATION D'ÉTUDE 29
2.2.2. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE 30
2.2.3. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES 30
2.2.3.1. Techniques de collecte des données 30
2.2.3.2. Outils de collecte des données 30
2.2.4. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE 30
2.2.5. LES ENTRETIENS 30
2.3. TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES 31
2.3.1. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES 31
CHAPITRE III : 32
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 32
3.2. ANALYSE DES RESULTATS 35
3.2.1. Connaissances préalables sur l'épisiotomie 35
3.2.2. Les informations reçues sur l'épisiotomie (avant, pendant et après l'accouchement) 36
3.2.3. Le vécu psychologique de l'épisiotomie après l'accouchement 38

3.2.4. L'appréhension d'une nouvelle grossesse..... 39
3.2.5. L'importance selon elles d'une connaissance préalable sur l'épisiotomie 40
3.2.6. Vécus, perceptions globales et acceptation de l'épisiotomie..... 41
CHAPITRE IV : 43
DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 43
4.1. L'atteinte des objectifs 44
4.2. La qualité et la validité des résultats 44
4.3. La comparaison des résultats..... 45
4.3.1. Facteurs psychologiques et vécu global..... 45
4.3.2. L'épisiotomie et le désir d'une future grossesse..... 46
4.3.3. Importance d'informations préalables..... 47
CONCLUSION 49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 51
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES..... 54
ANNEXES……..……55
5